

# 紹介状(診療情報提供書)

患者支援・地域連携センター

FAX (0858)22-8210

年 月 日

鳥取県立厚生病院  _____ 科  _____ 医師	紹介元医療機関名 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ FAX _____ _____ 科 _____ 先生	
フリガナ 患者氏名  _____ 様	性別 男 ・ 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 ( 歳)
〒 _____ 住所	電話番号 ( _____ ) _____	

主訴または傷病名	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
既往歴及び家族歴	薬物アレルギー( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
現症歴及び現症 検査所見 治療経過等	
現在の処方	