春江病院地域連携室　宛
FAX　0776－51－0602

診 療 情 報 提 供 書(FAX送付用)

平成　　年　　月　　日

紹介医療機関	
所　在　地	
名　　称	
医　師　氏　名	㊞
ＴＥＬ／ＦＡＸ	／

ﾌﾘｶﾞﾅ		住　所	
患者氏名	男 ・ 女	(〒　　－　　)	
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日(　　歳)	電話番号	—　　—

希望受診日	年　　月　　日 (　　) :
希望受診科・医師名	科　　医師
紹介目的	□ 診察　□セカンドオピニオン □ 検査　□CT　胸部　腹部　その他(　　) □造影　有　無 □MRI　頭部　頸椎　胸椎 胸腰椎　腰椎　その他(　　)□造影 有　無 □その他 胃内視鏡　大腸内視鏡　超音波検査　その他(　　) ※画像検査は、原則読影のみとなっています。但し、ご希望があれば検査結果の説明は可能です。**検査結果の説明を希望される場合は□にレ印をお願いしまします。　□希望する** ※造影検査の場合、1ケ月以内の腎機能検査結果の添付をお願いします。 □ 入院
傷病名	
既往歴及び家族歴	

経過(症状、検査、治療、現在の処方)　※経過は、貴院様式の紹介状(診療情報提供書)可

備考	※添付資料　無　有(CD－R　心電図　検査結果　その他(　　))

春江病院　地域連携室