

診療情報提供書

紹介先：八尾市立病院

紹介元医療機関情報

診療申込科： _____ 科

希望医師名： _____ Dr

医療機関名		
医師名		
住所		
TEL	—	—
FAX	—	—

患者情報

フリガナ	_____		性別	生年月日			
氏名	_____		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
			<input type="checkbox"/> 男	年 月 日 (歳)			
住所	〒 _____						
TEL	_____		その他連絡先		_____		
八尾市立病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日頃				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> 通院加療 <input type="checkbox"/> 精査加療 <input type="checkbox"/> その他 _____						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 老健施設	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 退所見込み	平成 年 月 日頃			
来院方法	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			※該当項目に必ずチェックをつけてください			

診療情報	傷病名	_____	
	病名、主訴等	_____	
	既往歴及び家族歴 症状経過及び検査結果 治療経過	_____	
	現在処方	_____	

持参データ	<input type="checkbox"/> フィルム (<input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> XP造影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI)
	<input type="checkbox"/> CD-R (<input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> XP造影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI)
	<input type="checkbox"/> 内視鏡写真 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

備考	_____

八尾市立病院 地域医療連携室
TEL 072-922-0887
FAX 072-922-8167