

年 月 日

紹介状(診療情報提供書) 兼 診療申込書

イムス明理会仙台総合病院

医療機関名

科

医師

所在地

担当科

科

医師名

電話番号

FAX番号

地域医療連携室 行

FAX:022-268-3322

TEL:022-268-3172

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 (生 歳)
患者氏名					
住所	〒	職業		-	
		電話番号		-	
傷病名					
症状等					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 検査				
診察希望年月日	第一希望	月	日	時	分頃
	第二希望	月	日	時	分頃
	その他	<input type="checkbox"/> 直近で		<input type="checkbox"/> 希望日なし	
既往症 家族歴					
症状経過 治療経過 検査結果 処方内容	<input type="checkbox"/> 別添、診療情報提供書のとおり				