

# 診療情報提供書・紹介状

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地・名称

(紹介先医療機関名) 川崎市立川崎病院

<b>希望する診療科等</b>					
科		医師		科 医師名	
日程	平成 年 月 日(曜日)				
フリガナ				男・女	生年月日
氏名				明・大・昭・平 年 月 日(歳)	
住所				電話 ( )	
川崎病院受診歴	あり・なし	川崎病院診察券番号			

**希望する検査等の種類** (希望箇所に○印をしてください)

脳波検査	心電図	ホルター心電図	超音波(心臓)	肺機能検査(精密)	
CT	頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤 その他( )		CT・MRIの留意事項	血清クレアチニン mg/dl	
MRI	頭部 頸椎 脊椎 上腹部 骨盤 その他( )		ヨード過敏症 有・無	心臓ペースメーカー 有・無	
超音波(腹部)			喘息の既往症 有・無	脳動脈瘤クリッピング 有・無	

傷病名・主訴
紹介目的 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 分娩依頼 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他( )
臨床所見・検査目的
既往症・家族歴 嗜好( ) アレルギー(あり・なし)
症状経過・検査結果等
現在の処方
添付資料 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果票 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし
川崎病院受診後の希望 報告方式の希望 <input type="checkbox"/> 報告書のみを送付 <input type="checkbox"/> 報告書及び検査データ・フィルムの送付 症状安定後の紹介元医療機関での受診 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

※1 この様式で紹介いただく場合は、原則として予約が必要となります。

※2 封書には、宛先を御記入ください。