川崎医科大学附属病院用

診 療 情 報 提 供 書（紹介状）

年　　月　　日

川崎医科大学附属病院
放射線科　画像診断部

外来担当医　先生

〒701-0192
岡山県倉敷市松島５７７
地域医療連携室
直通 TEL:086-464-1567
直通 FAX:086-464-1166
代表 TEL:086-462-1111

紹介元医療機関の所在地・名称

医師氏名

TEL
FAX

※緊急を要する所見の場合にご連絡を取らせて頂くことがあります
貴院時間外の緊急連絡先（担当者　　）
（　　）　　―

フリガナ	性　別	生　年　月　日
患者氏名	男 ・ 女 旧姓（　　）	明・大・昭・平・令 年　　月　　日（　　歳）
住所　〒		電話番号 （　　）　　－

主訴・傷病名
検査目的
既往歴及び家族歴 感染症　（無 ・ 有）　　薬剤アレルギー　（無 ・ 有）
症状経過及び治療経過・検査所見
現在の処方

・大変お手数ですが、**検査日の３日前（休診日を除く）までに紹介状のFAX**もお願い致します。
・本様式は、当院のホームページからもダウンロードすることができます。