紹介元医療機関の所在地・名称

・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。

**診 療 情 報 提 供 書 (紹介状)**

川崎医科大学附属病院用

　　　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

医師氏名

〒701-0192

岡山県倉敷市松島577

地域医療連携室

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　　　　　　　　　　　　　）

TEL:086-464-1567

FAX:086-464-1166

TEL:086-462-1111

直通

直通

代表

　　（　　　　）　　　　―

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

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

(　　　　　)　　　　　　　－