

## 紹介状 【診療情報提供書】

紹介日 平成 年 月 日

報告日 平成 年 月 日

JA静岡厚生連 静岡厚生病院

科

紹介元医療機関

住所・電話番号

〔受診希望日〕 1 月 日 ( )

医 師 名

印

2 本日これからの受診を希望

〔希望する戻し紹介の時期〕

〔希望する連携の方法〕

1. 外来で診療方針決定時
2. 外来で病状安定時 (紹介時より2ヶ月以内)
3. 退院時
4. その他

1. 共同診療 (数ヶ月に1回病院にも受診)する
2. 紹介した疾患については病院に依頼する
3. 戻し紹介後は診療所で管理する
4. その他

患者	ふりがな 氏 名	様	生年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	性別	男・女
	住所	TEL ( )							
当病院受診は 1.初めて 2.以前かかった事がある 3.他科を含め、今かかっている									
病 名(主訴)									
紹 介 目 的	1. 診断 2. 治療 3. 入院 4. 手術 5. 検査( ) 6. その他( )								
既往歴・家族歴									
紹介内容									
持参資料									
処方内容									

〔紹介の方法〕

1. 宛先の医師が不明の場合は、科名のみご記入ください。
2. 患者さんが持参する封書には、宛先をご記入ください。
3. 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録等を添付してください。
4. 事前紹介の場合は、紹介状(診療情報提供書)をFAX送信願います。当該診療科を初めて受診される患者さまについては、カルテ作成のために保険情報をFAX送信していただくようお願いする場合がございます。

JA静岡厚生連 静岡厚生病院  
地域医療連携室  
TEL・FAX 0120-271-761(静岡県内の方)  
054-271-7600(静岡県外の方)