

紹介状【診療情報提供書】

JA静岡厚生連 静岡厚生病院

紹介日 年 月 日
報告日 年 月 日

科

紹介元医療機関

〔受診希望日〕1 月 日 ()

2 本日からこの受診を希望

住所
電話番号

医師名

印

〔希望する戻し紹介の時期〕

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

〔希望する連携の方法〕

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 | 大・昭 平・令 | 年 | 月 | 日生 | 性別 | 男女 |
| | 住所 | 電話 携帯 | | | | | | | |
| 当病院への受診歴 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 (静岡厚生病院患者 ID) | | | | | | | | | |
| 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 1.データ(□画像 □検査結果 □連携パス) 2.その他() | | | | | | | | | |
| 現在の処方 コピー添付 □お薬手帳 □処方せん | | | | | | | | | |

〔紹介の方法〕

- 1.宛先の希望医師がない場合は、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、画像診断や検査結果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)