

当日の場合どちらかに  
○をつけてください

緊急 通常

# 診療情報提供書

紹介先医療機関名

平成 年 月 日

医療法人社団  
伊豆七海会

熱海所記念病院 (FAX0557-83-5412)

紹介元医療機関名

科

先生

医師名

(受診予定日 月 日 時頃)

TEL

フリガナ

平・昭・大・明

患者名

様 男・女 年 月 日生

住 所

(TEL - - )

傷病名

紹介目的 (精査・入院治療・手術・リハビリテーション・検査のみ)

既往歴 (家族歴)

薬剤アレルギー (有 ・ 無)

現病歴、治療経過、検査結果、現在の処方(検査予約の場合は臨床診断・臨床所見を書いてください)

※資料持参……無 ・ 有 (CD-R・フィルム・心電図記録・検査記録 )

NT-2

※患者さまが来院する前までに、FAXをお送りください。

- ・ 患者さまの受付の手間を省き、診察待ち時間を短縮することが出来ます。
- ・ 必要に応じては、入院ベッドをいち早く確保することが可能になります。