## 依 頼 書

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

薬剤アレルギー(有・無)

紹介先医療機関名	■紹介元医療機関 ・医療機関名
	・所在地 ・所在地
北 見 赤 十 字 病 院 〒090-8666 北見市北 6 条東 2 丁目	・電 話( ) -
TEL (0157)24-3115代	• FAX( ) -
行	・科 名科 ・医師氏名 ®
※依頼する診療科に○印を付けてください。	
内科(総合診療科)(神経内科) 内科(	科) 消化器内科 循環器内科
外科(血管外科) 小児科 産婦人科 整形分	外科 皮膚科 神経精神科 泌尿器科
頭頸部・耳鼻咽喉科 眼科 脳神経外科 形成	这外科 放射線科 麻酔科(心療内科)(緩和
ケア外来)	
患者氏名         様	
(男・女)『	明・大・昭・平 年 月 日生( 才)
	□療養病棟入院中 □老健施設入所中
紹介目的:	
傷病名: ① ②	3
<b>4 5</b>	6
症状経過・検査所見・治療経過:	
現在の処方:	

備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入下さい。

患者に関する留意事項:

- 2. 必要がある場合は、画像診断のフイルム、検査の記録を添付して下さい。
- 3. 封書には宛先をご記入下さい。 地域医療連携室:〒090-8666 北見市北6条東2丁目 予約専用FAXフリーダイヤル 00 0120-018-599(直通) 専用電話 フリーダイヤル 00 0120-018-299(直通)

## 依 頼 書

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名	■紹介元医療機関 ・医療機関名
北見赤十字病院 〒090-8666 北見市北6条東2丁目 TEL (0157)24-3115代 行	・所在地  ・電 話( ) -  ・FAX( ) -  ・科 名  ・医師氏名  ・ 所在地  ・ 電 話( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (
※依頼する診療科に○印を付けてください。 内科 (総合診療科) (神経内科) 内科 (	A) 消化器内科 循環器内科

内科(総合診療科)(神経内科) 内科( 科) 消化器内科 循環器内科 外科(血管外科) 小児科 産婦人科 整形外科 皮膚科 神経精神科 泌尿器科 頭頸部・耳鼻咽喉科 眼科 脳神経外科 形成外科 放射線科 麻酔科(心療内科)(緩和 ケア外来)

患者氏名	様				
	(男・女)	明・大・昭・平	年 月	日生 (	才)
現在: □外来通院中	□一般病棟入院中	□療養病棟入院中	□老健施	設入所中	
紹介目的:					
傷病名: ①	2		3		
4	5		6		
症状経過・検査所見・治	療経過:				
現在の処方:					
現住り処力: 					
由水)。明上,河水土。			薬剤アレバ	レギー(有	• 無)
患者に関する留意事項:					

- 備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入下さい。
  - 2. 必要がある場合は、画像診断のフイルム、検査の記録を添付して下さい。
  - 3. 封書には宛先をご記入下さい。 地域医療連携室:〒090-8666 北見市北6条東2丁目 予約専用FAXフリーダイヤル 00 0120-018-599(直通) 専用電話 フリーダイヤル 00 0120-018-299(直通)