

依 頼 書

(診療情報提供書)

年 月 日

紹介先医療機関名

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

■ 紹介元医療機関

・ 医療機関名

・ 所在地

・ 電 話()

・ F A X()

・ 科 名 _____ 科

・ 医師氏名 _____

印

※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) 消化器科 循環器科

外科 (血管外科) 小児科 産婦人科 整形外科 皮膚科 精神神経科 泌尿器科

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)

患者氏名

様

(男・女) 大・昭・平・令 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:

薬剤アレルギー (有・無)

患者に関する留意事項:

- 備考
- 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入下さい。
 - 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。
 - 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 ☎ 0120-018-599(直通)

専用電話 フリーダイヤル ☎ 0120-018-299(直通)