

依 頼 書

(診療情報提供書)

平成 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()

・FAX()

・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：

薬剤アレルギー（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、画像診断のフィルム、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 ☎ 0120-018-599(直通)
専用電話 フリーダイヤル ☎ 0120-018-299(直通)

※紹介元 控

依 頼 書

(診療情報提供書)

平成 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() -

・FAX() -

・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 () 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:

薬剤アレルギー (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、画像診断のフィルム、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 ☎ 0120-018-599(直通)
専用電話 フリーダイヤル ☎ 0120-018-299(直通)