令和　年　月　日

紹介先医療機関名

〒 023-0864　☎ 0197-24-4121

岩手県奥州市水沢区字龍ヶ馬場61番地

岩手県立胆沢病院

循環器内科外来

循環器　担当医　先生

紹介元医療機関

所在地

医療機関名

電話番号

医師氏名　印

診療情報提供書

下記の患者さんを紹介します。どうぞよろしくお願い致します。

フリガナ 患者氏名		性別	電話番号
患者住所			
生年月日	歳	職業	

1. 傷病名　慢性腎不全

☐ 心不全（の疑い）　☐ 心電図異常　☐ スクリーニング　☐ その他

2. 紹介目的

心エコー　依頼

3. 既往歴及び家族歴

基礎疾患　透析導入　年

原因疾患

※分かる範囲で結構です

4. 症状経過、検査結果及び治療経過

いつもお世話になっております。

よろしくお願い致します。

5. 現在の処方

備　考

2023.5

備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。