

# 紹介・診療情報提供書（診療・検査依頼書）

年 月 日

送 信 先	新潟県立吉田病院
	患者サポートセンター TEL:0256-92-5111 (内線 327) <b>FAX番号：0256-92-7606</b>

【紹介先】

新潟県立吉田病院

科

医師名

先生

【紹介元】

医療機関名:

所在地:

医師名:

電話番号:

FAX番号:

*検査をご希望の際は☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> CT ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ) <input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ) <input type="checkbox"/> 栄養指導 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 呼吸機能 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> 神経伝導検査	予約希望日	第1希望： 月 日 ( ) 第2希望： 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 希望なし
	当院受診歴	無・有
	アレルギー	無・有 (

ふりがな		住所	〒
患者氏名			
自宅電話		携帯電話	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日 ( 歳 )	性別 男・女

紹介目的	特記事項 <input type="checkbox"/> 自由診療 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 交通事故 (該当に☑) <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料を算定
------	---

病 名

現病歴、経過、検査所見等  別紙 診療情報提供書等あり  
(CT・MRIをご依頼の際は部位をご記入ください)

処 方