

紹介状 (病診連携申込書)

紹介先 **新潟県立加茂病院 患者様支援センター (病診連携室)**
 紹介元 **医療機関**

TEL 0256-52-0701
 (内線 217)
 FAX 0256-52-0776

医師名 _____
 TEL _____
 FAX _____

次の患者様の 診療 検査 を依頼します。

フリガナ 患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	歳
現住所	〒 TEL	
保険証記号番号		
希望受診科日時	平成 年 月 日 時 科	医師

傷病名 (紹介目的)

既往歴及び家族歴

症状経過・検査結果及び治療経過

現在の処方

MRSA (+・- 部位)

本人が詳細紹介状を持参します。

検査 予約	C T	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 部位 ()
	内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 全大腸 ※来院初日に検査をご希望の場合、最近6ヵ月以内の感染症 (HBV、HCV、梅毒反応)の検査結果をFAXまたは持参下さい
	循環器検査	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル
	呼吸器検査	<input type="checkbox"/> 精肺機能検査 <input type="checkbox"/> 睡眠ポリグラフィー検査
栄養指導	() 食	

※ 当院受診歴 有り (ID - -) 無し

※ 予約票 FAX 送信 月 日 担当 _____

注) ※印は加茂病院で記入します。