

診療申込書 兼 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

日本赤十字社長崎原爆病院

科 先生

医療機関名

〒852-8511

所在地

長崎市茂里町 3-15(代) TEL 095-847-1511

TEL 番号

病診連携室(直通) TEL 0120-845-261

FAX 番号

FAX 0120-845-262

医師名

印

緊急受診・入院のご連絡は (代)095-847-1511

までお願いします

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名				年 月 日
住所	〒			TEL ()
受診希望日	年 月 日 (曜日)			

◎ 下記の内容について、すでに貴院書式で紹介状を作成されている場合は、ご記入は不要です。
貴院書式を添付してFAXをお願いします。

紹介目的	
傷病名	

- ① 主訴 ② 既往歴及び家族歴 ③ 症状及び検査結果 ④ 治療経過 ⑤現在の処方
⑥ 他の事項(患者に関する留意事項 ・ 薬剤アレルギー等)

持参資料(有 無)(X線フィルム・CD-R・検査結果票・)