

診療情報提供書

年 月 日

金沢市立病院

医療機関の
名称

診療科名

科

所在地

担当医

電話

電話 : 076-245-2626 (地域連携室)

FAX : 076-245-2693 (紹介専用)

医師氏名

フリガナ		性別	男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
患者氏名					
患者住所				電話	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 → 第一希望日 : 年 月 日 第二希望日 : 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検査 → 下記検査内容欄をご記入ください <input type="checkbox"/> その他()				
検査内容	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI [部 位 :] [撮影方法 : 単純・造影 [*] +単純] [希望日時 : 年 月 日 午前・午後] ※担当医の判断により、単純のみとする場合があります			<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> TCF(事前診察要) <input type="checkbox"/> その他()	
傷病名					
既往歴・家族歴					
病状・治療経過及び検査結果等					
現在の処方					
備考					