

紹介状(診療情報提供書):心不全栄養食事指導用

紹介先医療機関名：株式会社日立製作所 日立総合病院

担当医師：循環器内科(栄養指導)      ご担当医殿

20      年      月      日

紹介元医療機関の所在地： \_\_\_\_\_

名称： \_\_\_\_\_

電話番号：      —      —      FAX：      —      —

医師氏名： \_\_\_\_\_ 印

|      |                 |           |                                                         |
|------|-----------------|-----------|---------------------------------------------------------|
| 患者氏名 | 殿               | 性別        | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 |
| 患者住所 |                 | 電話番号      | —      —                                                |
| 生年月日 | 年      月      日 | (      )歳 |                                                         |

|                               |
|-------------------------------|
| 傷 病 名                         |
| 心不全                           |
| 紹 介 目 的                       |
| 心不全があるため、栄養食事指導をお願いします。       |
| 病状経過                          |
| <input type="checkbox"/> 別紙参照 |
| 備 考                           |