

# 紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

紹介先医療機関名

株式会社日立製作所 日立総合病院

|           |         |         |         |         |
|-----------|---------|---------|---------|---------|
| 総合内科      | 消化器内科   | 呼吸器内科   | 血液・腫瘍内科 | 代謝内分泌内科 |
| 内科(生活習慣病) | 循環器内科   | 腎臓内科    | 神経内科    | 心臓血管外科  |
| 外科        | 呼吸器外科   | 乳腺甲状腺外科 | 泌尿器科    | 整形外科    |
| 形成外科      | 脳神経外科   | 小児外科    | 小児科     | 産婦人科    |
| 皮膚科       | 耳鼻いんこう科 | 眼科      | 放射線診療科  | 放射線腫瘍科  |
| 救急総合診療科   | 歯科口腔外科  |         |         |         |

担当医師： \_\_\_\_\_

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師名：

印

|      |            |      |       |
|------|------------|------|-------|
| 患者氏名 |            | 性別   | 男 ・ 女 |
| 患者住所 |            | 電話番号 | ( )   |
| 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) | 職業   |       |

※日立総合病院に受診歴がある場合、日立総合病院の診察券番号： — —

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 傷病名                     |  |
| 紹介目的                    |  |
| 既往歴及び<br>家族歴            |  |
| 症状経過及び<br>検査結果          |  |
| 治療経過                    |  |
| 現在の処方                   |  |
| 備考<br>*患者に関する<br>留意事項など |  |

1. 宛先の医師名が不明な場合は当該科だけご記入ください。
2. 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査の記録などを添付してください。
3. 記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。

【ご連絡先】 日立総合病院 地域医療連携室 TEL : 0294-23-8343 FAX : 0294-23-8412