診 療 情 報 提 供 書（紹介状）

令和　 年 月 日

富山労災病院

総合サポートセンター　ＴＥＬ　0765-22-1354　ＦＡＸ　0120-935-631

担当医 科 医師　　　　 医療機関名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

医 師 名

|  |  |
| --- | --- |
| 受診希望日　　　□本日　　　□令和　 　年　　　月　　　日　　　　□希望日なし | |
| ふりがな | 生年月日 明・大・昭・平・令  　　　 年 月 日（ 歳） |
| 患者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　様　( 男・女 ) |
| TEL |
| 住　所 〒　　－ | |

|  |  |
| --- | --- |
| 主　訴　又　は  傷　病　名　及　び  紹　介　目　的 |  |
| 既　往　歴　及　び  家　族　歴 | 薬物アレルギー： |
| 症　状　経　過  治　療　経　過  検　査　所　見 |  |
| 現　在　の　処　方 |  |
| 持　参　資　料 | 無　・　有　（放射線フィルム・検査記録・心電図　・その他　 　　） |

富山労災病院提出用（FAX送信用）　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和５年６月１日改訂