

# 紹介状 (診療情報提供書・ 大腿骨近位部骨折地域連携パス用)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

整形外科 担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

|       |     |    |   |   |       |
|-------|-----|----|---|---|-------|
| 受診希望日 | 第1  | 令和 | 年 | 月 | 日 ( ) |
|       | 第2  | 令和 | 年 | 月 | 日 ( ) |
|       | その他 |    |   |   |       |

|        |     |   |
|--------|-----|---|
| 担当医師名: | 科   | 印 |
| 電話番号:  | ( ) | - |
| FAX番号: | ( ) | - |
| 申込担当者: |     |   |

|            |  |  |                         |  |  |
|------------|--|--|-------------------------|--|--|
| フリガナ       |  | 受診歴  | 性別                      | 患者さん予約待ち状況   |  |
| 氏名         |  | <input type="radio"/> 有                              | <input type="radio"/> 男 | <input type="radio"/> 貴医療機関にて外来待機中   |  |
| 旧姓         | ※お分かりでしたらご記入をお願いします。   | <input type="radio"/> 無                              | <input type="radio"/> 女 | <input type="radio"/> 貴医療機関に入院中  |  |
| 生年月日       | <input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 |  |                         | <input type="radio"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち   |  |
|            | 年 月 日 歳  |  |                         | <input type="radio"/> その他 ( )  |  |
| 住所         | 〒 -  |  |                         |  |  |
| 自宅         | ( ) -  | 連絡先  | ( ) -                   | 患者さん来院方法   |  |
| 紹介目的       | 大腿骨近位部骨折地域連携パス   | <input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 不承諾 |                         | <input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車イス <input type="radio"/> ストレッチャー |  |
| 主訴または病名・症状 | 大腿骨近位部骨折   | 既往歴および家族歴  |                         | 不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は、紹介元を通しての変更をお願いします。   |  |

①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Altキー + Enterキー」

北播磨大腿骨近位部骨折地域連携パス使用の患者様です。  
維持期評価時の受診を貴院にて希望されておりますので、お願いいたします。  
回復期リハビリ病棟を 月 日に退院されます。なお、当院での経過は下記のとおりです。

患者に関する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好

添付資料  無  X-P  ECG  内視鏡フィルム  検査データ  超音波画像  CT・MRI画像

※ FAX予約受付時間(月～金 9:00～18:30 土 9:00～11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)