

報告書 (返書)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

科 先生

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」	
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		
氏名		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
旧姓	※お分かりでしたらご記入をお願いします。				
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	年	月		日
住所	〒 -				
自宅	() -	連絡先	() -		
主訴または病名・症状		既往歴および家族歴			

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」

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

患者に関する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好

※ 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)

令和6年4月改定