

紹介状

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願いいたします。

年 月 日

・入院の希望（有・無）

金沢医科大学病院受診歴（有／無）

※有の場合 科 年 月 頃

金沢医科大学病院 _____ 科

紹介医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

㊞

_____ 先生 電話連絡（済・未）

受診予定日 年 月 日 時頃

緊急の（有・無） 有 → 救急車・自家用車

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名	_____ 様 (旧姓)		年 月 日 (歳)	
住所	〒 _____		電話番号 () 自宅・勤務先 携帯電話 - -	

傷病名	<input type="checkbox"/> がん疑い
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
経過（症状、検査、治療、現在の処方等）	

該当する項目にチェックをお願いします。

受診患者情報	感染症： <input type="checkbox"/> 有 要マスク・診察対応 個室・その他 ()
	移動： <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	現在の所在： <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院中 (病棟) <input type="checkbox"/> 在宅医療中

<input type="checkbox"/> がんパス希望	<input type="checkbox"/> カンファレンス参加希望	<input type="checkbox"/> いしかわ診療情報共有ネットワーク参加
---------------------------------	--------------------------------------	---

ご記載後、FAX送信をお願いします。FAX：0120-076-286（地域医療連携事務課） ※ 紹介状は、本人が持参いたします。