

年 月 日

診療情報提供書（紹介状：病診連携 10 年手帳対応）

J A 岐阜厚生連
中濃厚生病院

紹介元医療機関所在地・名称

先生 侍史

医師名

中濃厚生病院受診歴（有・無・不明）

| 予 約 日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 () | 時 | 分 |
|-----------------|--------------------------------------------|---------|---|--------|-------|-------------------------------------------------|---|
| 患者氏名 | | 明・大 | | 男 | | | |
| | | 様 昭・平・令 | | 年 月 日生 | | 女 | |
| 患者住所 | | | | | | | |
| 連絡先 TEL - - | | | | | | | |
| 主訴 及び 傷病名 | <input type="checkbox"/> 肝細胞障害 (ALT 31 以上) | | | | | 紹介目的 | |
| | <input type="checkbox"/> 耐糖能異常 (含む糖尿病) | | | | | <input type="checkbox"/> 左記精査及び今後の 連携、患者指導など | |
| | <input type="checkbox"/> 心不全 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) | | | | | <input type="checkbox"/> 連携手帳渡しました | |
| | <input type="checkbox"/> 慢性腎障害 (CKD) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ロコモティブシンドローム | | | | | <input type="checkbox"/> 連携手帳渡してくだ さい | |
| | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 既往歴及び家族歴 | | | | | | | |
| 薬物アレルギー有・無 () | | | | | | | |
| 症状経過・検査結果など | | | | | | | |
| 現在の処方 | | | | | | | |

〒501-3802 関市若草通 5 丁目 1 番地
中濃厚生病院地域医療連携室
TEL <0575>22-2662
FAX <0575>24-4927