

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"/> 左記精査及び今後の 連携、患者指導など <input type="checkbox"/> 連携手帳渡しました <input type="checkbox"/> 連携手帳渡してくだ さい					
	<input type="checkbox"/> 耐糖能異常 (含む糖尿病)						
	<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"/> 慢性腎障害 (CKD)						
	<input type="checkbox"/> ロコモティブシンドローム						
	<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