

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	☐ 肝細胞障害（ALT 31 以上） ☐ 耐糖能異常（含む糖尿病） ☐ 心不全 ☐ 虚血性心疾患 ☐ 慢性閉塞性肺疾患（COPD） ☐ 慢性腎障害（CKD） ☐ ロコモティブシンドローム ☐ 骨粗しょう症 ☐ その他 ()	紹介目的 ☐ 左記精査及び今後の 連携、患者指導など ☐ 連携手帳渡しました ☐ 連携手帳渡してくだ さい
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