

診療情報提供書

中津市救急休日当番医のための連携用紙

〈紹介先医療機関名〉

〈紹介元医療機関〉

科 先生

所在地：
名称：
電話番号：
医師氏名：

印

フリガナ			
患者氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所 電話番号	〒 TEL : ()		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)	職業	

病名（症状）	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 呼吸苦	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐
	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下血	<input type="checkbox"/> 血尿	<input type="checkbox"/> 不性器出血
	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 排尿障害	<input type="checkbox"/> 胸背部痛	<input type="checkbox"/> 腰背部痛	<input type="checkbox"/> けいれん	<input type="checkbox"/> 意識障害	
	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患疑い	<input type="checkbox"/> 脳疾患疑い	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍疑い	<input type="checkbox"/> 喘息疑い	<input type="checkbox"/> イレウス疑い		
	<input type="checkbox"/> 麻痺	部位 ()					
	<input type="checkbox"/> 創傷	部位 ()					
	<input type="checkbox"/> 熱傷	部位 ()					
	<input type="checkbox"/> 打撲	部位 ()					
	<input type="checkbox"/> 捻挫	部位 ()					
<input type="checkbox"/> 骨折疑い	部位 ()						
<input type="checkbox"/> その他の痛み	部位 ()						
その他 ()							
発症・受傷日	年 月 日 (<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 時頃)						
既往歴・家族歴・検査結果・治療経過(手術やその他治療経過)・現在の処方など							
保険者番号	本人・家族	公費負担番号(乳・老・他)					
記号・番号	受給者番号						

【保険情報：保険証のコピーでも結構です。】

つきましては、ご高診・ご加療の程、何卒よろしくご願ひ申し上げます。