紹介先医療機関等名　日本赤十字社医療センター

呼吸器内科　　担当先生

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名　　印

患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）　職業	性別　　男　・　女

傷病名　☐　労作時呼吸困難 ☐　胸部聴診での異常音 ☐　KL-6高値 ☐　X線・CT異常影 ※　臨床経過が少ない場合は上記チェック項目のみでお送り下さい。 ※　血液検査、X線、CTデータなどがありましたら添付して下さい。
紹介目的　精査加療目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備　　考

備考

1．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

2．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

3．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。