

腹部救急連絡票 兼 診療情報提供書 (紹介状)

厚木市立病院【腹部救急チーム用】

年 月 日

救急	科	先生
----	---	----

<<紹介元>>
 医療機関名
 所在地
 電話番号
 FAX番号
 医師氏名

☎ **070-5455-7643** (ホットライン: 平日日勤)

FAX: **046-221-5052** (救急センター専用)

フリガナ		生年月日		男・女
患者氏名			(才)	
住所	〒		電話番号	
厚木市立病院の受診歴 (有・無)		厚木市立病院の患者番号(ID)		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

主訴又は病名・病状	
紹介目的[入院・転医・精査 ()・手術・検査・その他]	

【バイタルサイン (VS)】 血圧: (BP) _____ mmHg 体温: (T) _____ °C 脈拍: (HR) _____ 回/分 SPO2: _____ %	嘔吐: 無 有 下痢: 無 有 黄疸: 無 有 便性状: その他
---	--

既往症 (家族歴)	
病状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	
添付資料	<input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他 ()