

紹介状（診療情報提供書）

医療機関 順天堂大学医学部附属 順天堂越谷病院

FAX 048-975-0018

科

先生

TEL 048-975-0321

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

(名刺を張り付け頂いても結構です)

順天堂越谷病院を
受診されたことはありますか。 ある ない

ID No. _____

| | | | | |
|----|------|-----------------------|----|-----|
| 患者 | 氏名 | | 職業 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳) | | 男・女 |

| | |
|------|--|
| 紹介目的 | |
|------|--|

| | |
|-----------------|--|
| 傷病名 (主訴又は病名) | |
|-----------------|--|

| | |
|--------------|------------|
| 既往歴及び 家族歴 | 嗜好 薬物アレルギー |
|--------------|------------|

| | |
|----------------|-------|
| 病状経過及び 検査結果 | ----- |
| | ----- |
| 治療経過 | ----- |
| | ----- |

| | |
|-------|--|
| 現在の処方 | |
|-------|--|

| | |
|-------------------------|--|
| 備考 〔患者に関する 留意事項等〕 | |
|-------------------------|--|

- 備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は当該診療科をご記入ください。
2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付してください。
3. 記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。