令和 　年　 　月　　日

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

TEL　048-975-0321

　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生

（名刺を張り付け頂いても結構です）

医療機関名

所在地

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.

電話番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |  |
| 既住歴及び  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 |  |

医師名

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。