

紹介状 (診療情報提供書)

西暦 年 月 日

FAX : 0120-03-3946

TEL : 03-3813-3111

(大代表)

医療機関 順天堂大学医学部附属 順天堂医院

科

先生

医療機関名	※名刺を貼付いただいても結構です	順天堂医院にかかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ID No. _____
所在地		
電話番号		
医師名		

患者	氏名		職業	
	生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 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)	病状の安定により貴院への返送に対する希望 (<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない)

- 備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は当該科医局長、あるいは診療科が不明の場合は総合診療科とご記入ください。
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。