聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 提出用

診療情報提供書［患者紹介状］

西暦　　年　　月　　日

紹介先医療機関名
横浜市旭区矢指町１１９７－１
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

放射線　科　　先生

受診予定日　　月　　日　　時頃

紹介元医療機関
の名称・所在地

医　師　名

電話番号　（　　）
ＦＡＸ番号（　　）

フリガナ
患者氏名　　様　男・女　西暦　　年　　月　　日 生（　歳）

住　所　　電話番号

紹介目的	入院・転医・精査（　　）
病名・症状（主訴）	
既往歴（家族歴）	薬剤アレルギー　（ 有 ・ 無　　）
症状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	

紹介元医療機関より
①Ｘ－Ｐフィルム　有 ・ 無
②画像ＣＤ－Ｒ　有 ・ 無
③心電図記録等　有 ・ 無
④検査結果伝票　有 ・ 無