診 療 情 報 提 供 書 ［ 患 者 紹 介 状 ］

日付を選択

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | |  | 紹介元医療機関  の名所・所在地 |  | | | | |
|  | | | 科 |  | | | | 先生 |  | 医師名 |  | | | | |
| 受診予定日 |  | 月 | | |  | 日 |  | 時頃 |  | 電話番号 |  | ( |  | ) |  |
| FAX番号 |  | ( |  | ) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | 性別 |  | 生年月日 | | | 年 |  | | 月 |  | | | 日生 | ( |  | 歳) |
| 患者氏名 |  | 元号 |  | |
| 住所 |  | | | | |  | 電話番号 | | |  | | | ( |  | | ) |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介目的 | 目的を選択 | |  | | | | | |
| 病名・症状  （主訴） |  | | | | | | | |
| 既往歴  （家族歴） |  | | | | | | | |
| 薬剤アレルギー・ありなし | | | | ( |  | | ) |
| 病状経過  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 | | ありなし | | |  | |
| ②心電図記録等 | | ありなし | | |
| ③検査結果伝票 | | ありなし | | |