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 |