

診療情報提供書(紹介状)

(西暦) 年 月 日

■紹介先医療機関■

〒108-8642 東京都港区白金5-9-1
北里大学北里研究所病院
電話番号 03-3444-6161

科名: _____

医師名: _____ 先生

■紹介元医療機関■

所在地: 〒
医療機関:
電話番号:

科名: _____

医師名: _____

| | |
|--|--|
| フリガナ 患者氏名 様 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 歳 (男・女) (当院IDありの場合 - -) | 添付資料(有・無) 画像診断フィルム・心電図・検査結果 その他() |
|--|--|

をご紹介します。

| |
|-----------------------------------|
| 紹介目的 診察 ・ 検査 ・ セカンドオピニオン ・ その他() |
|-----------------------------------|

| |
|-----|
| 傷病名 |
|-----|

| | |
|------------------------|--|
| 治療・症状経過(既往症・家族歴・検査所見等) | 薬剤アレルギー (有・無) (有りの場合) 感染症 (有・無) (HBV・HCV・ワ氏・MRSA) 放射線検査の必要性和 放射線リスクの説明 (有・無) |
|------------------------|--|

| |
|-------------|
| 現在の処方 (有・無) |
|-------------|

| |
|----|
| 備考 |
|----|