

平成 年 月 日

# 紹介状 (診療情報提供書)

医療機関 順天堂大学医学部附属 順天堂越谷病院

Fax 048-978-7821

Tel 048-975-0321(代表)

科

先生

(名刺を貼付頂いても結構です)

医療機関名		順天堂越谷病院に 受診されたことがありますか？
所在地	〒 -	
電話番号	— —	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
医師名	Ⓜ	(IDNo)

患者氏名	名	職業	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)	男・女
照会目的			
傷病名 (主訴または病名)			
既往歴および 家族歴			
	嗜好 [ ]	薬物アレルギー [ ]	
症状経過及び 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			

- 備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は当該診療科をご記入ください。  
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。