**紹介状・診療情報提供書**

記載日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介先医療機関  杏林大学医学部付属病院  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生 | 紹介元医療機関  医療機関名  所 在 地　〒  電話番号  FAX番号  診 療 科  医 師 名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生 年 月 日 |
| 患者氏名 |  | 男  女 | □大正　□昭和　□平成　□令和  　　　年　　　　　月　　　　日（　　　　歳） |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 |  |
| 主訴又は傷病名 |  |
| 既往歴及び  家族歴 | 〔薬物アレルギー：□有（　　　　　　　　　　　　　　） □無 〕 |
| 病状経過及び  検査結果  治療経過 |  |
| 現在の処方 |  |
| 備　考 | ※添付資料：□画像フィルム □検査データ □CD-R　□その他（　　　　　　　　　　　　） |