

紹介状(診療情報提供書)

年 月 日

関西医科大学香里病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

F A X

医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	さま (旧姓 )※重複登録防止用	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生( 歳)
住所	〒		関西医大受診歴：有・無・不明 ID 番号( )
電話番号	( )	携帯番号	( )

主訴および傷病名(なるべく日本語でお願いします)

紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院中(入院加療中の方のみ) <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/> その他( )	待ち状況： <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外
アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬物過敏( ) <input type="checkbox"/> 食物過敏( )	

既往歴および家族歴

現病歴および現歴

検査所見

治療経過等

現在の処方

備考 1.宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入ください。2.必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

関西医科大学香里病院 〒572-8551 寝屋川市香里本通町8番45号 電話 072-832-9977

紹介状(診療情報提供書)

貴院控 ③

年 月 日

関西医科大学香里病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

F A X

医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	さま (旧姓 ) ※重複登録防止用	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生( 歳)
住所	〒		関西医大受診歴：有・無・不明 ID 番号( )
電話番号	( )	携帯番号	( )

主訴および傷病名(なるべく日本語でお願いします)

紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院中(入院加療中の方のみ) <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/> その他( )	待ち状況： <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外
アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬物過敏( ) <input type="checkbox"/> 食物過敏( )	

既往歴および家族歴

現病歴および現歴

検査所見

治療経過等

現在の処方

備考 1.宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入ください。2.必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

関西医科大学香里病院 〒572-8551 寝屋川市香里本通町8番45号 電話 072-832-9977