

紹介状 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

関西医科大学 附属病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
住所 〒 電話番号	関西医大受診歴：有・無・不明 有の場合 ID 番号 ()		

主訴および傷病名	ADL： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり→ 来院方法 ()
紹介目的： <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査 () <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 身障診断 <input type="checkbox"/> 家族相談 <input type="checkbox"/> その他 ()	待ち状況： <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 入院中→ 来院方法 ()
アレルギー <input type="checkbox"/> 薬物過敏 () <input type="checkbox"/> 食物過敏 ()	(転院目的の場合) 病室希望 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 総室

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、科のみご記入下さい。 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下さい。

関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町 2丁目3番1号 電話 072-804-2742

紹介状 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

関西医科大学 附属病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
住所 〒 電話番号			関西医大受診歴：有・無・不明 有の場合 ID 番号 ()

主訴および傷病名	ADL： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり→ 来院方法 ()
紹介目的： <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査 () <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 身障診断 <input type="checkbox"/> 家族相談 <input type="checkbox"/> その他 ()	待ち状況： <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 入院中→ 来院方法 ()
アレルギー <input type="checkbox"/> 薬物過敏 () <input type="checkbox"/> 食物過敏 ()	(転院目的の場合) 病室希望 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 総室

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、科のみご記入下さい。 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下さい。

関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町 2丁目3番1号 電話 072-804-2742