

# 紹介状

(診療情報提供書/オンライン・セカンドオピニオン用)

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 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	
紹介目的： <input type="checkbox"/> オンライン・セカンドオピニオン			
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/オンライン・セカンドオピニオン用)

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 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	
紹介目的： <input type="checkbox"/> オンライン・セカンドオピニオン			
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