

紹介状

(診療情報提供書/オンライン遺伝カウンセリング用)

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

F A X

医師名

フリガナ	旧姓	男 女	生 年 月 日
患者氏名			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 有の場合 ID 番号 ()
電話番号			

主訴および傷病名	ADL：□独歩 □車いす □寝たきり
紹介目的：□オンライン遺伝カウンセリング	
アレルギー □薬物過敏 () □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。

紹介状

貴院控 ③

(診療情報提供書/オンライン遺伝カウンセリング用)

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

F A X

医師名

フリガナ	旧姓	男 女	生 年 月 日
患者氏名			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 有の場合 ID 番号 ()
電話番号			

主訴および傷病名	ADL： ☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ 寝たきり
紹介目的： ☐ オンライン遺伝カウンセリング	
アレルギー ☐ 薬物過敏 () ☐ 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