**紹　介　状**

関西医科大学附属病院診療録控 ②

（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 | 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　〒  　　　　　　　　　　　　　　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：□独歩　□車いす  □寝たきり |
| 紹介目的：□オンライン・セカンドオピニオン |
| 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、画像診断のフイルム、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**

貴院控 ③

（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 | 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　〒  　　　　　　　　　　　　　　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：□独歩　□車いす  □寝たきり |
| 紹介目的：□オンライン・セカンドオピニオン |
| 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、画像診断のフイルム、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**