

紹介状・診療情報提供書

(紹介元医療機関控) ①

平成 年 月 日

昭和大学病院

昭和大学病院附属東病院

〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8
医療連携室 TEL 03-3784-8400 FAX 03-3784-8822

貴院の名称

所在地

医師名

TEL (_____ - _____ - _____)

FAX (_____ - _____ - _____)

科 _____ 先生

下記の患者をご紹介します。

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ : _____ 時

昭和大学病院への受診歴 (有(年 月頃)・無)		紹介目的	精査・加療・入院・転医・手術・リハビリ
I D No _____		その他 _____	
*フリガナ _____			
患者氏名 _____ 殿 (才)		既往歴 (家族歴)	_____
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (男・女)		_____	
病名	_____		
主訴		_____	
治療経過 及び 病状経過	_____		
検査結果		現在の処方	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

- 備考 1. 病状の安定により貴院への逆紹介に対する希望 (希望する・希望しない)
2. 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録等の添付をお願い致します。(持参の有無をご記入下さい。)
- *画像診断フィルム、CD-R等 *その他
- *心電図記録等
- *検査結果伝票