

紹介状・診療情報提供書

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) I D No. _____ *フリガナ _____ 患者氏名 _____ 殿 (_____ 才) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (男・女) 病 名 _____ _____ _____ _____	紹介目的 精査・加療・入院・転医・手術・リハビリ その他 _____ _____ 既往歴 (家族歴) _____ _____ _____ 薬剤アレルギー (有 _____ ・ 無) _____
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