紹介状・診療情報提供書

令和　　年　　月　　日

昭和医科大学横浜市北部病院
〒224-8503　横浜市都筑区茅ヶ崎中央35-1

医療機関名称
所　在　地
医　師　名
T　E　L　(　　ー　　ー　　)
F　A　X　(　　ー　　ー　　)

＿＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生
下記の患者をご紹介いたします

受診日＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日＿＿＿:＿＿＿時

昭和医科大学横浜市北部病院への受診歴〔有(　　年　　月頃)・無〕 I D No. ※フリガナ 患者氏名　　(　　歳) 生年月日(明・大・昭・平・令)　年　月　日(男・女)	紹介目的　精査・加療・入院・転医・手術・リハビリ その他
病　名	既往歴 (家族歴)
	薬剤アレルギー(　有　　・　無　)
主　訴	
治療経過 及び 症状経過	
検査結果	現在の処方

備考　1、症状の安定により貴院への逆紹介に対する要望　(　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　□　心電図記録等　□　検査結果伝票　□　その他

20250401改訂