

紹介状・診療情報提供書

(紹介元医療機関控)
平成 年 月 日

昭和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
TEL (- -)
FAX (- -)

科 先生
下記の患者をご紹介します

受診日 年 月 日 : 時

昭和大学横浜市北部病院への受診歴{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. _____ ※フリガナ		その他	_____
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			_____
		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