

紹介状・診療情報提供書

令和 年 月 日

獨協医科大学埼玉医療センター

貴院名

医師名

希望診療科

TEL

医師名

FAX

(担当医を当院にお任せいただける場合は未記入)

下記の患者さんをご紹介します。

患者氏名	フリガナ (男・女)	獨協医科大学埼玉医療センター受診歴 有 ・ 無 ・ 不詳
	殿 (才)	貴院 <input type="checkbox"/> 入院中
生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日		添付資料 <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	
病名		
主訴		
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー (有 ・ 無)	
治療経過 及び 病状経過		
検査結果		現在の処方

備考 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)

紹介状・診療情報提供書

令和 年 月 日

獨協医科大学埼玉医療センター

貴院名

医師名

希望診療科

TEL

医師名

FAX

(担当医を当院にお任せいただける場合は未記入)

下記の患者さんをご紹介します。

患者氏名	フリガナ (男・女)	獨協医科大学埼玉医療センター受診歴 有 ・ 無 ・ 不詳
	殿 (才)	貴院 <input type="checkbox"/> 入院中
生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日		添付資料 <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	
病名		
主訴		
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー (有 ・ 無)	
治療経過 及び 病状経過		
検査結果		現在の処方

備考 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)