

## 紹介・診療情報提供書

年 月 日

依頼科 科

医師名 先生

〒101-8309  
東京都千代田区神田駿河台1-6  
TEL 03(3293)1711 (代表)  
TEL 03(3293)1741 (地域医療連携室)  
FAX 03(3293)1742 (地域医療連携室)

紹介医療機関

医療機関名  
所在地  
電話番号  
担当科

医師名

印

日本大学病院受診歴 (有・無・不詳)

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
患者氏名	様 男・女	職業	

紹介目的	転医・入院・精査・手術・その他 ( )
------	---------------------

疾病名 (主訴又は病名)		
既往歴 及び 家族歴	嗜好	薬物アレルギー (有・無)
症状経過 及び 検査結果 治療経過		
現在の処方		
備考 (患者に関する留意事項)	病状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)	添付資料 (有・無) X-P・検査データ・CD-R その他 ( )