



# 紹介・診療情報提供書

① 紹介元医療機関控

平成 年 月 日

日本大学病院

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)

紹介医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
担当科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ ②

日本大学病院受診歴 (有・無・不詳)

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 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 ( )