

紹介状・診療情報提供書

記載日 年 月 日

杏林大学医学部付属病院	紹介医療機関
耳鼻咽喉科・頭頸科	医療機関名
	所在地 〒
先生	電話番号
	FAX 番号
	担当科
	医師名
	印

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)

紹介目的	精査・加療・手術加療・バイオ導入・その他()									
主訴又は傷病名	鼻中隔湾曲症・慢性副鼻腔炎・鼻腔腫瘍・嗅覚障害・アレルギー性鼻炎 その他()									
既往歴										
鼻の手術歴	西暦()年		〔薬物アレルギー:有()・無〕							
症状	鼻閉・鼻漏・後鼻漏・顔面痛・嗅覚障害・その他()									
いつから	()日前・()ヶ月前・()年前									
少量マクロライド療法	済・未・治療中		CT撮影	済	未		手術希望	有	無	
術後安定した場合逆紹介の希望	有		無							
杏林大学での好酸球性副鼻腔炎の難病指定取得(または更新)	要		不要							
デュピルマブの治療継続	可		不可			難病指定更新	可		不可	
その他										
現在の処方										
備考	※添付資料:画像フィルム・検査データ・CD-R・その他()									