**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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生 | 紹介医療機関医療機関名所 在 地　〒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 |  |
| 主訴又は傷病名 |  |
| 既往歴及び家族歴 | 〔薬物アレルギー：有（　　　　　　　　　　　　　） ・ 無 〕 |
| 病状経過及び検査結果治療経過 |  |
| 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（　　　　　　　　　　　） |