

紹介状 (診療情報提供書)

(紹介元控)

年 月 日

順天堂大学 医学部
附属 静岡病院

〒410-2295 静岡県伊豆の国市長岡 1129
TEL (055) 948-3111
FAX (055) 948-2103

担当科 _____ 科

医師名 _____

医療機関名の
所在地及び名称 _____
電 話 番 号 _____
F A X 番 号 _____
標榜科(担当科)名 _____
医 師 氏 名 _____ ㊟

(御名刺を添付していただいても結構です。)

患者氏名	殿 ID. _____	性別	男 女
生年月日	明. 大. 昭. 平	年 月 日 (才)	職業

紹介目的	精査. 加療. 退院報告. その他
------	-------------------

紹介後の方針に関する希望
1. 経過観察は当院で 2. 経過観察は順天堂大学 <small>医学部 附属</small> 静岡病院で 3. その他 (_____)

傷 病 名 (主訴又は病名)	既往歴及び 家 族 歴
症状経過及び 検 査 結 果	
治 療 経 過	
現在の処方	
備 考	

※1) 必要がある場合は別紙に記載して添付して下さい。
※2) 必要がある場合は画像診断フィルム、検査記録等を添付して下さい。