

紹介状 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

〒177-8521 東京都練馬区高野台 3-1-10
 順天堂大学医学部附属 練馬病院
 _____科 _____先生

Fax 03-5923-3226
 Tel 03-5923-3111
 (代表)

(名刺を貼付頂いても結構です)

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

順天堂大学練馬病院にか
 かったことがありますか。

・ある ・ない

IDNo. _____

患者	氏名	様	職業	
	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生 (歳)	男・女

紹介目的	
------	--

傷病名 (主訴又は病名)	
既往歴及び 家族歴	
病状経過及び 検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考 (患者に関する 留意事項等)	病状の安定により貴院への返送に対する希望 (希望する・希望しない)

- 備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は担当医とご記入ください。
 2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付してください。
 3. 記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。