

紹介・診療情報提供書

平成 年 月 日

〒390-8621 松本市旭3-1-1

信州大学医学部附属病院

TEL 0263-35-4600 (代表)

FAX 0263-37-3371 (地域医療連携支援室)

科 御中

殿

所在地

医療機関名

電話番号

F A X

医師氏名

信州大学医学部附属病院にかかったことがありますか。

ある・ない

ID No.

患者氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	男・女
------	------	------------------------	-----

紹介目的	
------	--

病名 (主訴) 既往症及び 家族歴	薬剤アレルギー (有 無) 嗜好
現病歴 現症	
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)	

- 備考 1. ファックスでご紹介いただく場合は、診療情報提供書と保険情報(保険証、老人・公費負担関係の受給者証、等)も併せてお送り下さい。
2. 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみをご記入下さい。
3. 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下さい。