**紹介・診療情報提供書**

年　　　月　　　日

〒390-8621　長野県松本市旭3丁目１番１号

信州大学医学部附属病院

TEL:0263-37-3500 FAX:0263-37-3472（外来予約センター）

TEL:0263-37-3370 FAX:0263-37-3371（医療福祉支援センター）

所在地

医療機関名

電話番号

FAX

医師氏名

　　　　　　　　　　　　科

　 　　　　　　　　　　殿

信州大学医学部附属病院にかかったことはありますか。

あ　る　・　な　い

ID №

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  患者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平・令  　　　　年　　　月　　　日(　　　歳) | | 男 ・ 女 |
| 患 者 住 所 | 〒 | | | TEL:　　　　－　　　　－ | |
|  | | | | | |
| 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 | | | | |
| 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. 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみをご記入ください。

　　　　　　2. 必要がある場合は、画像診断のCD・フィルム、検査の記録等を添付してください。