

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）

科

所在地

医療機関名

電話番号

F A X

医師氏名

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 No.

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。