

# 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

殿

医療機関名

ある・ない

電話番号

F A X

信州大学医学部附属病院にかかったことはありますか。

医師氏名

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
- 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。
  - 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。