

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 (患者サポートセンター)

科

所在地

医療機関名

殿

電話番号

信州大学医学部附属病院にかかったことはありますか。

F A X

ある・ない

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。