紹介・診療情報提供書

**日本医科大学多摩永山病院**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　〒206-8512 東京都多摩市1-7-1　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関の所在地及び名称

　　TEL042-371-2111（代）/FAX042-372-7452

　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （フリガナ）  患者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | 男  女 | 生年月日　大・昭・平・令  　　　年　　　月　　　日（　　歳） |
| 住　所　　〒　　　－ | ☏ | －　　　　　－ |
| 多摩永山病院への受診歴（有・無・不詳）　ＩＤ番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 【傷病名】 | | |
| 【紹介目的】  患者返送希望□ | | |
| 【既往歴及び家族歴】 | | |
| 【症状・治療経過及び検査結果】 | | |
| 【現在の処方】 | 【備考】 | |

(注)　１．必要がある場合は検査画像データ、検査の記録を添付してください。

　　　２．必要に応じて任意の用紙に記載してください。

　　　３．当院での検査・医療終了後、貴院での経過観察・治療の再受け入れが可能であれば

　　　　　「患者返送希望」欄にレ印を記載してください。