**診療情報提供書【患者紹介状】**

大分大学医学部附属病院　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 「診療予約申込書」送付の有無 | （ 済 ・ 未 ） | 紹介元医療機関名医師氏名所在地TEL：FAX： |
| 受診診療科：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 来院予定日（予約日） 　令和 　 　年 　　　月　 　　 日　　　　　　 　　　　　 （　　　　曜日） | □外来　□入院 |
| 大分大学医学部附属病院受診歴 | （有り・無し） |
| 紹介目的（簡単に紹介目的をお書き下さい） |
| 通信欄 |  |
| フリガナ |  | 男・女 | 電話（自　　宅）　　　　　－　　　　－　　（携帯番号）　　　　　－　　　　－　　（F A X）　　　　　－　　　　－　　（勤 務 先）　　　　　－　　　　－ |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　　　年　　　月　　　日　　（　　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　－　　　　　 |  |
| 傷病名・紹介目的　[ 入院・転医・精査（　　　　　　　　　　　）・手術・リハビリ・その他 ] |
| 既往歴及び家族歴 |
| 症状経過及び検査結果 |
| 治療経過 |
| 現在の処方 |
| 備　　考 | 添付資料（有り・無し）X－P・ECG・内視鏡フィルム・検査データCT・MRI・ECHOその他（　　　　　　　　　　　　　　　） |