**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（　　　　　　　　　　　　　　　） |