

紹介状 (診療情報提供書)

関西医科大学香里病院診療録控 ②

年 月 日

関西医科大学香里病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

F A X

医師名

フリガナ	生年月日
患者氏名	明治・大正・昭和・平成・令和
男・女	年 月 日 (歳)
住所 〒	電話番号

主訴および傷病名

紹介目的：精査 加療 入院 転院 手術 入院中（入院加療中の方のみ） CKD
その他（ ）

アレルギー

薬物過敏（ ） 食物過敏（ ）

既往歴および家族歴

現病歴および現歴

検査所見

治療経過等

現在の処方

備考1. 宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入下さい。 2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。

関西医科大学香里病院 〒572-8551 寝屋川市香里本通町8番45号 電話 072-832-9977

紹介状 (診療情報提供書)

貴院控 ③

年 月 日

関西医科大学香里病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ	生年月日
患者氏名	明治・大正・昭和・平成・令和
男・女	年 月 日 (歳)
住所 〒	電話番号

主訴および傷病名

紹介目的：精査 加療 入院 転院 手術 入院中（入院加療中の方のみ）CKD
その他（ ）

アレルギー

薬物過敏（ ） 食物過敏（ ）

既往歴および家族歴

現病歴および現歴

検査所見

治療経過等

現在の処方