

# 紹介状

(診療情報提供書/オンライン・セカンドオピニオン用)

令和 年 月 日

関西医科大学 附属病院

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<br>患者氏名   | 旧姓 | 男<br>女   | 生年月日<br>大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日生( 歳)   |
| 住所 〒<br>電話番号   |    |  | 関西医大受診歴：有・無・不明<br>有の場合 ID 番号<br>( ) |
| 主訴および傷病名   |    | ADL： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす<br><input type="checkbox"/> 寝たきり |                                     |
| 紹介目的： <input type="checkbox"/> オンライン・セカンドオピニオン                               |    |  |                                     |
| アレルギー<br><input type="checkbox"/> 薬物過敏 ( ) <input type="checkbox"/> 食物過敏 ( ) |    |  |                                     |
| 既往歴および家族歴  |    |  |                                     |
| 現病歴および現歴<br>検査所見<br>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。

関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町 2丁目3番1号 電話 072-804-2742

## 紹介状

(診療情報提供書/オンライン・セカンドオピニオン用)

令和 年 月 日

関西医科大学 附属病院

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<br>患者氏名   | 旧姓 | 男<br>女   | 生年月日<br>大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日生( 歳)   |
| 住所 〒<br>電話番号   |    |  | 関西医大受診歴：有・無・不明<br>有の場合 ID 番号<br>( ) |
| 主訴および傷病名   |    | ADL： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす<br><input type="checkbox"/> 寝たきり |                                     |
| 紹介目的： <input type="checkbox"/> オンライン・セカンドオピニオン                               |    |  |                                     |
| アレルギー<br><input type="checkbox"/> 薬物過敏 ( ) <input type="checkbox"/> 食物過敏 ( ) |    |  |                                     |
| 既往歴および家族歴  |    |  |                                     |
| 現病歴および現歴<br>検査所見<br>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。

関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号 電話 072-804-2742