

# 紹介状 (診療情報提供書)

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

## 紹介状 (診療情報提供書)

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