

紹介・診療情報提供書

年 月 日

〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110 番地

山梨大学医学部附属病院

TEL:055-273-1111(代表)

所在地

医療機関名

電話番号

F A X

医師氏名

科

先生

フリガナ 患者氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)	男・女
患者住所	〒		TEL: - -
山梨大学医学部附属病院にかかったことはありますか。 ID No. _____			ある・ない

紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診依頼 <input type="checkbox"/> 転院依頼 <input type="checkbox"/> 情報提供依頼 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

病名 (主訴) 既往症及び 家族歴	薬剤アレルギー(有 無) 嗜好
病状経過 及び 検査結果 治療経過	
現在の処方	
備考 (患者に関する 留意事項等)	

- 備考
- 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみをご記入ください。
 - 必要がある場合は、画像診断のCD・フィルム、検査の記録等を添付してください。