

紹介・診療情報提供書

年 月 日

〒390-8621 長野県松本市旭3丁目1番1号

信州大学医学部附属病院

TEL:0263-37-3500 FAX:0263-37-3472 (外来予約センター宛)

小児科 AYA 外来

(ご担当医)

殿

所在地

医療機関名

電話番号

F A X

医師氏名

信州大学医学部附属病院にかかったことはありますか。

ある・ない

ID No. _____

フリガナ 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
--------------	--	------	--------------------------	-----

予約に関する連絡先電話番号	電話 _____ (_____ 様)
---------------	---------------------

紹介目的	
------	--

病名 (主訴)	
既往症及び 家族歴	薬剤アレルギー (有 _____ 無) 嗜好

現病歴 現症	
-----------	--

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	該当項目に○ またはご記入をお願いします 希望専門外来：免疫・アレルギー、神経、血液・腫瘍、循環器、腎臓、消化器、内分泌、希望なし 希望予約日：第1希望 _____ 曜日 午前・午後、第2希望 _____ 曜日 午前・午後、希望なし (ご希望に添えない場合もあります) 担当医師：女性医師希望、男性医師希望、どちらでもよい
------------------------	--