**診療情報提供書（紹介状）**　　　　　　　　　　　（日大板橋病院提出用）

日本大学医学部附属板橋病院

**□一般診療　□セカンドオピニオン**　　　　　　　**※どちらか選択の上，レ点をお願い致します。**

　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　先生

**受診予定日　　　年　　　月　　　日（　　　）**

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30番１号

代表電話番号　 ０３－３９７２－８１１１

Ｆ　 Ａ 　Ｘ　 ０３－３９７２－００１８

**紹介状持参初診電話予約専用電話番号 (初診の場合に限る)**

**０３－３９７２－８１９７**

　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関名** | **（記載せずに名刺を添付頂いても結構です）** |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 医師氏名 | ㊞ |

　下記の患者様を紹介いたします。　　**紹介目的：精査・加療・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名  および  生年月日 | フリガナ | 明治・大正・昭和　　　　　　年　　　　月　　　　日生（　　　歳）  平成・令和　　　　　　　　　　　　　　（職業　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 様  (男・女) |
| 住所 |  | | | | ＴＥＬ  　　　　　　（　　　　） | | | |
| 傷病名  もしくは  主要症状 |  | 既往歴 | 特記事項　無・有 | | | 家族歴 | 特記事項　無・有 | |
| 現在までの症状及び治療経過 | | | | 検索結果　　　　特記事項　無・有 | | | | |
| 現在の処方　　無・有 | | | | |
| 当院での診療が終了した段階での患者様の返送のご希望について右の欄に○をつけてください。 | | | | **希望する** | | | | **希望しない** |

（日大板橋病院提出用）ダウンロード版

**診療情報提供書・続紙記載用紙**

（治療内容等，記載の行数が足りない場合はこの欄をご利用ください）

|  |
| --- |
|  |

ダウンロード版