

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

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

予約専用電話番号 03 (3972) 8197

代表電話番号 03 (3972) 8111

FAX番号 03 (3972) 0018

平成 年 月 日

（記載せずに名刺を添付頂いても結構です）

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

下記の患者様を紹介いたします。

紹介目的：呼吸機能評価

患者氏名 および 生年月日	フリガナ 様 (男・女)	明治・大正 年 月 日生 (歳) 昭和・平成 (職業)
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
下記、呼吸機能検査の実施および検査結果の評価をお願いいたします。 【検査項目】 ※該当する検査項目に✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 手術前肺機能 <input type="checkbox"/> 肺機能分画＋フローボリューム (FV) <input type="checkbox"/> 肺機能分画＋FV＋FRC＋DLCO＋Rr＋CV <input type="checkbox"/> 肺機能分画＋FV＋Rr＋DLCO <input type="checkbox"/> その他 ()		検索結果 特記事項 無・有 検査結果の簡易レポートを当日患者さんにお渡し しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ☆最終報告レポートは後日郵送いたします。 現在の処方 無・有

（ダウンロード版）