

# 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

胸部異常影外来 担当 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

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

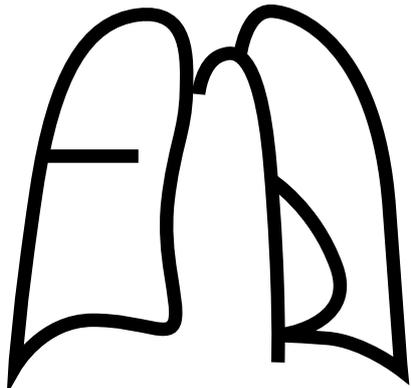
（記載せずに名刺を添付頂いても結構です）

印

下記の患者様を紹介いたします。

紹介目的：胸部異常影の精査

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
胸部異常影の精査をお願いいたします。 <b>【異常部位】</b> ※該当する異常部位に✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 右 上肺野 <input type="checkbox"/> 右 中肺野 <input type="checkbox"/> 右 下肺野  <input type="checkbox"/> 左 上肺野 <input type="checkbox"/> 左 中肺野 <input type="checkbox"/> 左 下肺野  <input type="checkbox"/> その他		検索結果 特記事項 無・有  現在の処方 無・有



（ダウンロード版）