**診　療　情　報　提　供　書**

**（北里大学医学部同窓会会員用紹介状）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **北　里　大　学　病　院** | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| TEL.042(778)8111　FAX.042(778)9599 | | | 紹介元医療機関名称・所在地 | | | |
| （病診連携担当） | | |  | | | |
| 科　　　　　　　先生 | | |  | | | |
| **北　里　大　学　東　病　院** | | |  | | | |
| TEL.042(774)9111　FAX.042(748)7872 | | | TEL. | | | |
| （病診連携担当） | | | FAX. | | | |
| 科　　　　　　　先生 | | | 医師名　　　　　　　　　　　　印（昭・平　　　年卒） | | | |
| 患者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿 | | | 生年月日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日(　　歳） | | |
| 性　別 | 男・女 | 職業 |  |
| 病名（主訴） |  | | | | | |
| 紹介目的 |  | | | | | |
| 既　往　歴  （家族歴） |  | | | | | |
| 薬物アレルギー（有・無） | | | | | |
| 経　　過 |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 添付資料 | ①XP（有・無）　②CT/MRI（有・無）　③心電図（有・無）　④検査結果（有・無） | | | | | |
| 経過・退院時  報告 | □希望　　□不要 | 大学病院での治療経過を希望（□する　□しない） | | | | |