記載日：　　　年　　　月　　　日

**埼玉県済生会 加須病院**

　　　　　　　科　　　　　　先生 宛　　　　　**【紹介元医療機関】**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名称

〒347-0101　埼玉県加須市上高柳1680　　　　　　　　所在地

TEL：0480-70-0888(代表)　　　　　　　　　　　TEL：

来院希望日　　　 　　　　　　　　　 　　　　　 診療科名　　　　　　　　　　　　　　　科

希望日　　　月　　　日（　　）　　　　　　 　医師名　　　 　　　　　　　　　　㊞

希望なし　　後日患者様より連絡

埼玉県済生会加須病院 受診歴（有　・　無　・不明）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  患者氏名 | (性別)  男・女 | 生年月日 （大正・昭和・平成・令和）  　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所　（〒　-　）    TEL：　　　-　　　- | | |
| 紹介目的　（紹介後の方針に関する希望を含む） | | |
| 主訴 及び 傷病名 | | |
| 既往歴及び家族歴  薬物アレルギー（　　　　） | | |
| 現病歴及び現症状 （検査所見・治療経過等含む） | | |
| 現在の処方 | | |
| 備考  別途添付　　画像（CD-R・ﾌｨﾙﾑ）　採血・尿等検査結果　　心電図記録等 その他( ) | | |