

診療情報提供書【患者紹介状・自院様式可】

鹿児島大学病院 宛

令和 年 月 日

「診療予約申込書」送付の有無	(済 ・ 未)	紹介元医療機関名 医師氏名 所在地 TEL: FAX:
受診診療科:		
来院予定日(予約日) 令和 年 月 日 (曜日)	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	
鹿児島大学病院受診歴	(有 ・ 無)	
紹介目的(簡単に紹介目的をお書き下さい)		
通信欄		
フリガナ		電話(自 宅) - - (携帯番号) - - (F A X) - - (勤 務 先) - -
氏 名		
	男 ・ 女	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
住 所	〒 -	
傷病名・紹介目的 [入院・転医・精査()・手術・リハビリ・その他]		
既往歴及び家族歴		
症状経過及び検査結果		
治療経過		
現在の処方		
備 考	添付資料(有 ・ 無) レントゲン写真・内視鏡フィルム・検査データ CT・MRI・エコー その他()	