**紹介状（診療情報提供書）**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **紹介元情報** | | |
| **貴院名** |  | |
| **所在地** |  | |
| **TEL/FAX** |  |  |
| **担当医** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者様情報** | | | |
| **患者名** |  | | |
| **生年月日** |  | | |
| **年齢** |  | **性別** |  |
| **連絡先** |  | | |
| **診察日** | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |

* **紹介目的（ご選択ください）**

□ 手術　　□ 精査　　□ ＣＴ撮影　　□ 音声外来　　□ 補聴外来　　□ 漢方 / オスラー外来

* **指名医師名（ご選択ください）**  
  □ 指名なし　　□ 市村恵一　　□ 渕上輝彦　　□ 大野　覚　　□ 白馬伸洋　　□ 髙松俊輔
* **傷病名・症状等（具体的にご記入ください）**

|  |  |
| --- | --- |
| **傷病名（疑い）** |  |
| **症状及び経過** |  |
| **現在の処方** |  |
| **既往歴** |  |
| **常用薬** |  |
| **添付資料** | □ カルテ 　□ 検査結果　□ 画像　□ その他（　　　 　 　　　　　　　　） |

書式テンプレートダウンロード　　https://tokyo-ent-surgi.com/images/shoukaijyou.docx