

# 患者紹介状

平成 年 月 日

札幌医科大学附属病院

担当医 \_\_\_\_\_ 科・部 \_\_\_\_\_ 様

医療機関の所在地及び名称

電話番号 ( ) -

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者氏名 _____ 様 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)
患者住所 _____
電話番号 ( ) - 職業 _____

紹介目的	
------	--

傷病名		
既往歴及び家族歴	薬物アレルギー (有・無 )	
症状経過及び検査結果・治療経過	現在の処方	
備考 (患者に関する留意事項)		

備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。  
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。