

紹 介 状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

医療法人 志匠会
品川志匠会病院 宛
F A X 03-5781-0828

医療機関名
所在地
電話番号
診療科名
医師氏名 印

| | |
|--------------------------|--------|
| 患者氏名 _____ 殿 | 性別 男・女 |
| 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 歳 | 職業 |

| |
|---|
| ◎症状 (複数可) <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 上肢の痺れ・痛み <input type="checkbox"/> 下肢の痺れ・痛み <input type="checkbox"/> 圧迫骨折 <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 |
|---|

| |
|-------------|
| ◎その他、具体的症状等 |
|-------------|

| |
|-----------|
| ◎特記すべき既往歴 |
|-----------|

| |
|---|
| ◎病状経過及び検査結果 初発時期 平成 年 月頃から or () 年前から 感染症 (無 ・ 有 ・ 不明) 薬剤アレルギー (無 ・ 有 ・ 不明) |
|---|

| |
|--------|
| ◎現在の処方 |
|--------|

| |
|-----|
| 備 考 |
|-----|

※ 可能であれば、画像診断のフィルム、検査記録等を添付下さい。