

# 診療情報提供書（紹介状）

## 紹介先診療科

※ ご希望の診療科に○印を付けてください。複数科へご紹介となる場合は、優先科へ◎印をつけて下さい。

※ 一部の診療科では、事前予約(完全予約制:太字)が必要です。病診連携室ホームページで確認できます。

血液浄化センター	ゲノム診療科	歯科口腔外科	画像診断部・核医学科	放射線腫瘍科	泌尿器科	皮膚科	眼科	耳鼻咽喉科	リハビリテーション科	形成外科・美容外科	整形外科	産婦人科	産科	小児心臓外科	小児循環器科	新生児科	小児科	消化管外科・一般外科	呼吸器外科	プレストケア科（乳腺科）	血管外科	肝胆膵・小児外科（小児外科）	肝胆膵・小児外科（肝胆膵外科）	心臓血管外科	脳神経外科	脳神経外科	メンタルクリニック	脳神経内科	腎・高血圧内科	呼吸器内科	心臓内科	血液内科	リウマチ・膠原病内科	内分泌・糖尿病内科	消化器・肝臓内科
----------	--------	--------	------------	--------	------	-----	----	-------	------------	-----------	------	------	----	--------	--------	------	-----	------------	-------	--------------	------	----------------	-----------------	--------	-------	-------	-----------	-------	---------	-------	------	------	------------	-----------	----------

埼玉医科大学総合医療センター  
担当医 先生

年 月 日

医療機関名称  
住所  
電話番号  
医師氏名

印

患者氏名(フリガナ)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	職業
生年月日 T H 年 月 日 S R	電話番号 - -	当院受診歴 有 無
患者住所 〒		
傷病名		
紹介目的(☑を付けて下さい) <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
既往歴及び家族歴		
症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方等		

症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方等(続紙)