**診療情報提供書（紹介状）**

 平成　　　年　　　月　　　日

紹介先診療科（ご希望科に〇を付けて下さい。複数科のご希望がございましたら、優先科に◎を付けて下さい。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 消化器・肝臓内科 | 内分泌・糖尿病内科 | リウマチ・膠原病内科 | 血液内科 | 心臓内科 | 呼吸器内科 | 腎高血圧内科・血液浄化療法部 | 神経内科 | メンタルクリニック（予約制 | 麻酔科 | 放射線腫瘍科 | 画像診断科・核医学科 | 消化管外科・一般外科 | 肝胆膵外科・小児外科 | ブレストケア科（乳腺科）予約制 | 血管外科 | 心臓血管外科 | 呼吸器外科 | 脳神経外科 | 小児科 | 新生児科　（予約制） | 小児循環器科 | 産科　（妊娠８週以降） | 産婦人科 | 整形外科 | 形成外科・美容外科 | リハビリテーション科 | 耳鼻咽喉科 | 眼科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | 歯科口腔外科 | 救急科・ＥＲ | 救命救急 |

　　　 施設名

**埼玉医科大学総合医療センター**　 （住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

医師の指定がございましたらご記入下さい。

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　生年月日（ 大 ・ 昭 ・ 平 ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）　　 　　 年　　　　月　　　　日 |
| 傷病名・ご紹介の目的 |
| ご紹介の内容・治療経過・処方（処方箋コピーでも構いません）・検査結果・既往歴・家族歴など |

病診連携室　2017.4