

紹介・診療情報提供書

〒734-8551

年 月 日

広島市南区霞一丁目2番3号

広島大学病院

科

先生 侍史

紹介元医療機関名称等

〒

所在地

医療機関名

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日	(歳)
患者住所	〒		
電話番号	()	—	

傷病名	①	②
	③	④

紹介目的
てんかん遠隔連携診療

既往症及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

その他特記事項
