

※ 作成日 年 月 日

## 紹介状・診療情報提供書

和歌山県立医科大学附属病院 遺伝診療部あて	紹介元医療機関の所在地および名称  診療科 医師氏名 電話 ( ) - FAX ( ) 印
--------------------------	---

### 患者基本情報

*当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 不明			
受診歴有の場合、患者番号が分かればご記入ください。 ⇒			
フリガナ	(男 ・ 女)	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
患者氏名	(旧姓 )	職 業	
住 所	〒	自宅電話 ( )	—
	都 道 市 区	携帯電話 ( )	—
	府 県 郡 町		
傷病名 (傷病名は日本語でお願いします。)			
既往歴及び家族歴 (骨髄移植歴、血液悪性腫瘍の既往の確認をお願いします。)			
症状経過及び検査結果 (HER2の有無、その診断日がわかれば御記入ください。)			
治療経過等 (手術日、化学療法歴の詳細がわかればご記入ください。)			
現在の処方内容			
備考 (禁忌・薬物アレルギー等)			

## 紹介状・診療情報提供書

和歌山県立医科大学附属病院  <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">遺伝診療部あて</div>	紹介元医療機関の所在地および名称  診療科 医師氏名 電話 (    )    —                      FAX (    )    —                      印
---	---

### 患者基本情報

*当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり    • <input type="checkbox"/> なし    • <input type="checkbox"/> 不明			
受診歴有の場合、患者番号が分かればご記入ください。    ⇒			
フリガナ	(男    •    女)	生年月日	明・大・昭・平・令                      年    月    日 (    歳)
患者氏名	(旧姓                      )	職    業	
住    所	〒                      —	自宅電話 (                      )                      —	携帯電話 (                      )                      —
都    道                      市                      区 府    県                      郡                      町			
傷病名 (傷病名は日本語でお願いします。)			
既往歴及び家族歴 (骨髄移植歴、血液悪性腫瘍の既往の確認をお願いします。)			
症状経過及び検査結果 (HER2の有無、その診断日がわかれば御記入ください。)			
治療経過等 (手術日、化学療法歴の詳細がわかればご記入ください。)			
現在の処方内容			
備考 (禁忌・薬物アレルギー等)			