医療連携患者相談センターFAX 029－853－3712

紹 介 ・診 療 情 報 提 供 書

日付　　年　　月　　日

筑波大学附属病院

科

先生御侍史

紹介元医療機関名

科 医師名

フリガナ		男・女	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日
氏名				
住所	TEL:			
傷病名				
紹介目的	精査加療 ／ セカンドオピニオン ／ その他（　　）			
既往歴				
症状 検査結果 治療経過 処方				
備考				