

紹介状・診療情報提供書（愛知医科大学病院-排尿障害専門外来）

年 月 日

愛知医科大学病院

診療科 泌尿器科

担当医 _____ 先生

受診希望日① 令和 年 月 日（火）

受診希望日② 令和 年 月 日（火）

希望日なし

医療機関名
所在地
医師名
TEL () -
FAX () -

フリガナ	生年月日
患者氏名	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
様（男・女）	連絡先TEL
（愛知医科大学病院ID: _____）	
住所 〒	
【紹介目的】 （複数選択可） <input type="checkbox"/> 難治性排尿障害 <input type="checkbox"/> 難治性過活動膀胱 <input type="checkbox"/> 夜間頻尿 <input type="checkbox"/> 間質性膀胱炎・骨盤痛症候群 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
【臨床経過をご記載ください（簡潔で結構です）】	
【現在の処方】 処方箋やお薬手帳の写しを添付して下さい。	
【当院受診後の診療形態のご希望】 <input type="checkbox"/> 診療形態は愛知医科大学病院の方針に任せます <input type="checkbox"/> 精査後は当院(紹介元施設)のみで診療を希望 <input type="checkbox"/> 愛知医科大学病院での診療（処方含む）を希望 <input type="checkbox"/> 当院での診療（処方含む）を基本とするが、愛知医科大学病院での定期通院も希望 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
愛知医科大学病院との併診をご希望の場合、愛知医科大学病院での管理を希望される具体的な内容についてご記載下さい。	

※検査データ（可能な限り時系列）と処方内容のご提供をお願いします。

愛知医科大学病院 地域医療連携室 TEL (0561)65-0221（直通） FAX (0561)65-0225
<事前紹介受付時間> 平日：8：30～19：00 土曜：9：00～12：00