

リウマチ・膠原病に関する紹介状

平成 年 月 日

公立大学法人横浜市立大学附属病院

血液・リウマチ・感染症内科

膠原病初診担当 _____ 先生

印

患者様ご氏名 _____ 様 男・女

患者様ご住所 _____ Tel () _____

M. T. S. H 年 月 日 生 () 歳 職業 _____

紹介目的 診断のため 治療に関する相談 検査依頼 今後のフォロー
 その他 ()

既往歴 _____

家族歴 _____

経過

使用薬剤

今後のフォローについて 今後は附属病院にてフォローをお願いします。
 診断後、治療は当院にてフォローします。
 診断の結果および今後の治療内容により判断します。

横浜市立大学附属病院 血液・リウマチ・感染症内科

(日本リウマチ学会認定施設)

〒236-0004 横浜市金沢区福浦 3-9

TEL 045-787-2800

初診外来担当医師 (日本リウマチ学会専門医)

医師名	役職	卒年	初診外来日 (受付 午前 9:00-11:00)				
			月	火	水	木	金
桐野 洋平	講師	平成 13 年	○				
吉見 竜介	講師	平成 14 年				○	
神山 玲光	助教	平成 20 年			○		

当科にご紹介いただきます際は、できるだけ電話にて事前にご予約ください。