

診療情報提供書 (紹介状)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名 東京都府中市住吉町5丁目21番地1
電話 042(365)1211(代表)

府中恵仁会病院

担当医 _____ 科 _____ 先生

紹介元医療機関の所在地

名称

電話番号

医師氏名

印

フリガナ

患者氏名 _____ 様 (男・女) 電話番号 ()

住 所 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名または主症状

紹介目的 外来・入院・検査 (MRI・CT・ホルター心電図・超音波・脳波・内視鏡・)
その他 ()

臨床経過及び検査結果

既往歴 等

現在の処方

備 考

- 備 考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。(持参の有無を記入ください)
画像診断フィルム 心電図記録等 検査結果伝票 その他