

## 紹介・診療情報提供書

\_\_\_\_\_科

\_\_\_\_\_先生

紹介元医療機関  
 の所在地及び名称  
 電 話 番 号  
 診 療 科 名  
 医 師 氏 名

西暦 年 月 日

患者氏名		性別	男・女	職業	
住 所	〒				
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 ( 歳)	電話番号 ( ) -

傷病名
紹介目的
症状・治療経過及び検査結果
備考

- 注) 1. 記入欄不足の場合は、続紙を添付してください。  
 2. 必要に応じて、画像診断フィルム、検査記録等を添付してください。  
 3. 宛名欄の医師名が不明の場合は、担当医とご記入ください。