

# 紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

紹介先：日本鋼管福山病院

科

医師

紹介元 医療機関名	医師 氏名
所在地 〒 -	
電話番号	TEL - -

ふりがな	男 ・ 女	生年月日
患者様 氏名		明・大 昭・平 年 月 日 西暦 ( 歳)
紹介目的		
主訴および傷病名		
既往歴および家族歴		
薬物アレルギー 無・有 ( )		
症状経過および検査結果・治療経過など		
現在の処方・処置内容・その他		

備考 1) 宛先の医師名が不明の場合は、診療科名のみご記入ください。

2) 必要に応じて、画像診断データ（またはフィルム）、検査の記録を添付してください。