

紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

府中病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

印

フリガナ	生年月日
患者氏名	明治・大正・昭和・平成・令和
男・女	年 月 日生まれ(歳)
住所 〒	電話番号

主訴および傷病名	
紹介目的 (精査・加療・入院・転医・手術・リハビリ・その他)	
既往歴および家族歴	嗜好
	薬物アレルギー
現病歴および現症 検査所見 治療経過等	
現在の処方	

備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入ください。2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。