

# 診療情報提供書

紹介先医療機関名 立川相互病院

担当医師 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 殿

20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話・FAX 番号：

医師氏名：

印

患者氏名	フリガナ _____	性別	男・女
患者住所	〒 _____	電話番号	
生年月日	( ____ 大・昭・平・令 ) ____ 年 ____ 月 ____ 日 ( ____ ) 歳	職業	

【 紹介目的 】

【 傷病名 】

【 既往歴・家族歴 】

【 症状・治療経過および検査結果 】

【 現在の処方 】

【 備考 】