

# 診療情報提供書

医療法人社団葵会 千葉・柏リハビリテーション病院

殿 平成 年 月 日

御紹介元医療機関名

主治医

印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)

傷病名
紹介目的
既往歴 / 家族歴
現病歴
治療経過
現在の処方
備考