

診療情報提供書

紹介医療機関等

担当医 科

殿

平成 年 月 日

〒751-0856 山口県下関市稗田中町8番18号

医療法人社団 葵 会

稗 田 病 院

TEL 083(251)2121(代)

FAX 083(251)2122

医師氏名

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) 職業

傷病名

紹介目的

既往服歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方・その他留意事項

備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介医療機関等の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。