

診療情報提供書

紹介先医療機関等名 _____

担当医 _____ 科 _____ 先生

年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

⑩

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

傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

- 備考 1. 必要がある場合は統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、紹介先医療機関等名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。