

中通総合病院 紹介状・診療情報提供書

紹介元医療機関

名 称 TEL

医師名 先生 FAX

下記の患者を紹介します。 中通総合病院受診歴 【☐ 有 ☐ 無 】

科 医師 宛

フリガナ		生年月日	☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令	年 月 日
患者氏名	様			
住 所	〒 -		電話番号 - -	

紹介目的

病 名

既 往 歴

症状・治療経過、検査結果

現在の処方

必要がある場合は、資料等の添付をお願い致します。 返却(☐ 要 ・ ☐ 不要)

資料添付 ☐ 画像診断フィルム ☐ 検査結果 ☐ その他

☐ 心電図記録 ☐ レポート等 ☐ ()

備 考