

年 月 日

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	<input type="radio"/> 大 <input type="radio"/> 昭	年	月	日
患者氏名	様		<input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令			
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