

紹 介 状 (診療情報提供書)

年 月 日

どちらかに をつけて下さい。

豊中渡辺病院	東豊中渡辺病院
--------	---------

貴医療機関名

担当医 _____ 科 _____ 先生御侍史 医師氏名

印

フリガナ		男・女	明大昭平	年 月 日生	職業	
患者氏名	-----			(歳)		

1. 傷病名	
2. 紹介目的	
3. 既往歴及び家族歴	
4. 症状経過 検査結果 治療経過	
5. 現在の処方	
6. 備考	

- 注1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。
3. 宛名の医師名が不明の場合は、科名のみご記入ください。

送付先FAX 豊中渡辺病院 06-6866-4101
東豊中渡辺病院 06-6849-2120