

紹介状（診療情報提供書）

国際医療福祉大学塩谷病院提出用(1)

国際医療福祉大学塩谷病院

平成 年 月 日

科 _____ 所在地 _____
 医療機関名 _____
 担当医 _____ 先生 電話番号 _____
 FAX _____
 TEL. 0287-44-1155(代)
 FAX. 0287-43-9822(代)
 医師氏名 _____ ㊟

地域医療連携室 TEL. 0287-44-2722(直)
 FAX. 0287-43-4788(直)

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平			男・女
患者氏名			年	月	日生 (歳)	
傷病名						
紹介目的						
既往歴 及び 家族歴						
症状 治療経過 及び 検査結果						
現在の処方						
備考	<input type="checkbox"/> 国際医療福祉大学塩谷病院 受診歴 (有・無) <input type="checkbox"/> 入院の希望 (有・無)					

1. 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみをご記入ください。
2. 必要がある場合は、続紙に記載して添付してください。
3. 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。