

紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

泉大津急性期メディカルセンター

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

印

フリガナ	生年月日
患者氏名	大正・昭和・平成・令和
男・女	年 月 日生 (歳)
住所 〒	電話番号

主訴および傷病名

紹介目的 (精査・加療・入院・転医・手術・リハビリ・その他)

既往歴および家族歴	アレルギー等
-----------	--------

現病歴および現症

検査所見

治療経過等

現在の処方

備考 1.宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入ください。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