

診療情報提供書

令和 年 月 日

• 高齢者医療負担割合（1割・2割・3割）

• 入院の希望（有・無）

所在地

• 救急車の使用（有・無）

医療機関

TEL

科

先生

FAX

受診予定日 令和 年 月 日

医師氏名

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	男・女
患者氏名			年 月 日(歳)	
住所		TEL ()		

上記の患者さんを紹介します。

備考 2、必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付する。	傷病名	
	紹介目的	
1、必要がある場合は続紙に記載して添付すること。	1. 既往歴 2. 経緯 3. 検査結果 4. 治療経過 5. 処方 6. 備考	