

紹 介 状 (診 療 情 報 提 供 書)

紹介先医療機関名 茨城県立医療大学附属病院

担当医師

科

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号

F A X

診療科名

医師氏名

印

患者氏名	殿	性別	男・女		
患者住所		電話番号			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 () 歳	職業

傷病名

紹 介 目 的

既往歴及び家族歴

病状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考
