診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関名
医療法人社団　三思会
く す の 木 病 院
〒375-0024　群馬県藤岡市藤岡607－22
TEL:0274-37-2060(連携室直通)
FAX:0274-22-2288(連携室直通)

内・外・整・泌・皮・歯・放　　科

先生

入院希望　☐ 有　☐ 無

年　　月　　日

所　在　地
医療機関名
電話番号
F　A　X
診　療　科
医師氏名　　印

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

主訴・病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	薬剤アレルギー【 ☐ 有（　　）　☐ 無 】
症状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	
備考	資料持参　☐ 有　☐ 無 ☐ 心電図記録 ☐ その他検査記録　（　　） くすの木病院受診歴　☐ 有　☐ 無　（有の場合　　科　　年　　月頃）

※宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入ください。