

診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関名

医療法人 三思会

くすの木病院

〒370-0024

群馬県藤岡市藤岡607-22

TEL 070-2474-9691(連携室直通) FAX 0274-22-2288(連携室)

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 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【 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 】
症状経過	
治療経過	
検査結果	
現在の処方	
備考	資料持参 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム (種別: フィルム数 枚) <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 内視鏡フィルム <input type="checkbox"/> その他検査記録 () くすの木病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 科 年 月頃)

※ 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入下さい。