

患者紹介状〔診療情報提供書〕

下記の方について、よろしくお願ひします。

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

町田市旭町2-15-41
町田市民病院紹介元医療機関
の名称・所在地

科 先生 医師名 印

受診予定日 月 日 時頃 緊急の(有・無) TEL (- -)
フリガナ FAX (- -)

患者氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生(歳)

住 所 TEL (- -)

紹介目的	入院・転医・精査() 手術・リハビリ・分娩依頼・内視鏡・超音波・放射線・その他
病名 (主訴)	
既往歴 (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	

紹介元医療機関より

①レントゲンフィルム 有・無
②心電図記録等 有・無
③検査結果伝票 有・無