

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。

____年 ____月 ____日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関
の名称・所在地

町田市旭町2-15-41
町田市民病院

____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・R ____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(無・有(_____))
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