

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 (- -) FAX (- -)
フリガナ			
患者氏名	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