**紹介・診療情報提供書**

**科　御中**

**殿　　　　　　　紹介元医療機関**

**の所在地及び名称**

**電　話　番　号**

**診　療　科　名**

**医師　氏　名**

**西暦　　　　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 | 男 ・ 女 | 職業 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳） | 電話番号 | （　　　　　）　　　　－ |

|  |
| --- |
| 傷 病 名 |
| 紹介目的 |
| 症状・治療経過及び検査結果 |
| 備考 |

注）1. 記入欄不足の場合は，続紙を添付してください。

　　2. 必要に応じて，画像診断フィルム，検査記録等を添付してください。

　　3. 宛名欄の医師名が不明の場合は，担当医とご記入ください。