

診療情報提供書(紹介状)

平成 年 月 日

紹介先 嶋田病院		紹介元医療機関	
希望診療科		住 所	
希望担当医		医療機関名	
FAX番号 0120-706-837		医師名	⑩
電話番号 0942 (72) 2253		電 話	
		FAX	

ふりがな 患者氏名		男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
住 所				
電 話				
傷 病 名				
紹介目的	入院・転医・手術・検査 (CT・MRI・GIF・CF)・その他 () 造影 (必要・不要)			
[臨床経過・検査所見・処方などを記入してください]				

お手数ですがFAX後の原本は、患者様にご持参いただくか、郵送されますようお願い致します。