

診療情報提供書（患者紹介状）

平成 年 月 日

(紹介先医療機関名)

竹口病院

〒196-0034 東京都昭島市玉川町 4-6-32

TEL 042-541-0176

FAX 042-545-4782

科 先生

(紹介元医療機関)

名称

所在地

TEL

科名

医師名

印

ふりがな 患者氏名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
--------------	-----	-----------------------

紹介目的	
病名 (主訴)	
病状経過 治療経過 検査結果 処方内容	

- 添付書類 (有 ・ 無) 画像フィルム ・ 心電図記録 ・ 検査記録
- 返却 (要 ・ 不要)