

紹介状(診療情報提供書)

令和 年 月 日

大阪府済生会千里病院

担当医 科 先生

〒 565 - 0862

吹田市津雲台1丁目1番6号

TEL 06-6871-0121(代表)

FAX 06-6871-5915

紹介元
医療機関

〒 -

紹介元
所在地

電話番号

- -

医師氏名

フリガナ										
患者氏名						性別	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女
生年月日			年		月		日	年齢		歳
患者住所										
電話番号			-				-			-
傷病名(主訴)										
紹介目的										
既往歴及び家族歴										
病状・治療経過										
検査結果										
処方内容										
備考										

紹介先機関で継続的に精査または加療する場合に返書を希望しますか

希望する

希望しない