

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いします。

② 紹介先提出用

紹介先医療機関名

医療法人 恵仁会 松 島 病 院

平成 年 月 日

科

先生

紹介元医療機関名

所 在 地

T E L

医 師 名

受診予定日 月 日 午前・午後

患者氏名 様 男・女

M・T・S・H 年 月 日生(歳)

患者住所

TEL -

患者職業

紹介目的

主訴又は病名、症状

既往歴及び家族歴

現病歴、検査所見、治療経過、現在の処方、備考

患者さんへの説明内容

添付資料 (無 X-P E・C・G 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像 MRI画像)