

診療情報提供書

〔患者紹介状〕

いわき市立総合磐城共立病院

紹介元医療機関
所在地及び名称

_____科

TEL (_____) - _____

_____様

_____科

紹介日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師氏名 _____

印

| | | | | |
|--|-------------------------------|----|------|---|
| 受診者氏名 | フリガナ _____様 | 性別 | 生年月日 | 明・大・昭・平 _____年 _____月 _____日 (_____歳) |
| 現住所 | 〒 _____ TEL (_____) - _____ | | | |
| 傷病名・既往症及び家族歴 | | | | |
| 紹介目的 | | | | |
| 症状・治療経過及び検査結果等 | | | | |
| 現在の処方 | | | | |
| 備考 | | | | |
| 資料持参 なし・あり(レントゲンフィルム・心電図・各種検査結果等) └─▶ <u>※必ずご持参ください</u> | | | | |

※必要がある場合は続紙に記載して添付してください。