

紹介状・診療情報提供書

記載日 年 月 日

杏林大学医学部付属病院 _____ 科 _____ 先生	紹介医療機関 医療機関名 所在地 〒 電話番号 FAX 番号 担当科 医師名 印
--	---

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)

紹介目的	
主訴又は傷病名	
既往歴及び 家族歴	[薬物アレルギー:有()・無]
病状経過及び 検査結果 治療経過	
現在の処方	
備考	※添付資料:画像フィルム・検査データ・CD-R・その他()