

紹介状・診療情報提供書

平成 年 月 日

医療法人財団順和会 山王メディカルセンター行
〒107-0052
東京都港区赤坂8-5-35
TEL.03-3402-5581(代表)
FAX.03-3402-5529(代表)

貴院の名称

所在地

医師氏名

TEL.

FAX.

科
先生

下記の患者様をご紹介します。

受診日 平成 年 月 日

入院希望 (有・無)

当院受診歴 (有・無・不明)

フリガナ		傷病名
患者氏名 (歳) 男・女		
生年月日 (明・大・昭・平 年 月 日)		
主 訴		
治療経過及び病状経過		

備考 1 宛先の医師名が不明の場合は、科のみをご記入下さい
2 必要がある場合は、画像診断フィルム・検査結果伝票等々の添付をお願いいたします。