

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 患者氏名 (歳) 男・女 生年月日 (明・大・昭・平 年 月 日)	傷病名
主 訴	
治療経過及び病状経過	<div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div> <div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 15px;"></div>
備考	<p>1 宛先の医師名が不明の場合は、科のみをご記入下さい</p> <p>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。</p>