

紹介状 ・ 診療情報提供書

医療法人財団順和会 赤坂山王メディカルセンター
〒107-8402 東京都港区赤坂4-1-26

国際医療福祉大学赤坂キャンパスW棟内

TEL : 03-6230-3701 FAX : 03-6230-3702

年 月 日

貴院名

所在地

科

先生

医師名

●下記の患者様をご紹介します。

受診日： 年 月 日

TEL : - -

FAX : - -

当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

フリガナ 患者名 男 ・ 女 生年月日 年 月 日 (歳)	傷病名
主 訴	
《治療経過及び病状経過》	
《検 査 結 果》	
《現 在 の 処 方》	

- 備 考
- 宛先の医師名が不明な場合は診療科名のみご記入下さい。
 - 必要資料（画像CD-ROM ・ 検査結果等）がある場合には添付をお願いします。