紹介状・診療情報提供書

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

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

医師氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

TEL.

下記の患者様をご紹介いたします。

FAX.

受診日　　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・令　　年　　月　　日)	傷病名
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。

①原本:山王メディカルセンター控　②コピー:貴院控