

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元
医療機関名

高島平中央総合病院

科

先生

医師名

印

患者氏名

性別 男 ・ 女

生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)

住所 〒

電話番号 ()

診断名

紹介目的

病歴
及び
治療経過

現在の処方

備考 1、必要がある場合は続紙に記載して添付

2、必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付

① 紹介先行 ② 貴院控え