

診療情報提供書

平成 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 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