

# 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