

紹介状 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名： 医院
担当医師： 科 先生御侍史

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号：

FAX：

診療科名：

医師氏名：

印

患者氏名	殿	性別	男・女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 () 歳 職業

傷病名	
紹介目的	
病状経過 検査結果 治療経過 (既往歴) (家族歴)	
現在の処方	
持参資料 備考	無・有 CT パノラマ X 線 口腔内写真 その他 ()