

紹介状(診療情報提供書)

国際医療福祉大学病院

年 月 日

希望診療科 _____ 科

貴院の名称

担当医 _____ 先生

所在地

(特にご希望がある場合のみ、担当医をご記入下さい)

電話番号

FAX 番号

医師氏名

フリガナ		(男 女)	国際医療福祉病院の受診歴:	
患者氏名	様	(才)	無 不詳 有 (ID番号)	
生年月日	年 月 日		紹介目的: 精査・加療・入院・転医・手術・リハビリ その他()	
病名				
主訴				
(家族歴)	薬物アレルギー(無・有)			
治療経過及び病状経過				
検査結果		現在の処方		
添付物	無 画像診断フィルム 検査結果伝票 心電図記録等 その他()			