

診療情報提供書(紹介状)

(西暦) 年 月 日

■紹介先医療機関■

〒108-8642 東京都港区白金5-9-1
北里大学北里研究所病院
電話番号 03 - 3444 - 6161

科 名:

医師名: _____ 先生

■紹介元医療機関■

〒・所在地:
医療機関:
電話番号:

科 名:

医師名: _____

フリガナ 患者氏名	様	添付資料 (有・無)
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 歳 (男・女)		画像診断フィルム・心電図・検査結果
(当院IDありの場合 _____)		その他 (_____)

をご紹介します。

紹介目的 診察・検査・セカンドオピニオン・その他 (_____)

傷病名
治療・症状経過(既往症・家族歴・検査所見等)
薬剤アレルギー (有・無) (有りの場合 _____)
感染症 (有・無) (HBV・HCV・ワ氏・MRSA)

現在の処方 (有・無)
備考