

診療情報提供書(紹介状)

平成 年 月 日

■紹介先医療機関■

〒108-8642 東京都港区白金5-9-1
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) 画像診断フィルム・心電図・検査結果 その他()
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 歳 (男・女) (当院IDありの場合 - -)	

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	