

診療情報提供書

紹介先医療機関名 _____

担当医 _____ 科 _____ 様

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日



医療法人 青峰会 くじらホスピタル
 〒135-0051 東京都江東区枝川三丁目8-25
 TEL:03-5634-1123 FAX:03-5634-1124

医師氏名 _____ 印

患者氏名	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳) 職業
傷病名		
紹介目的		
既往歴及び家族歴		
症状経過及び検査結果		
治療経過		
現在の処方		
備考		

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。