

# 紹介状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

さくらがわ地域医療センター

〒309-1246 茨城県桜川市高森1000

TEL 0296-54-5100

FAX 0296-54-5108

科 先生

保険医療機関名  
所在地

TEL

FAX

医師

歯科医師

㊞

フリガナ	
患者氏名	性別: 男 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( )才 職業:
病名(主訴)	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	薬剤アレルギー 有( ) 無
病状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
その他	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して下さい。

2. 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査の記録を添付して下さい。