

紹介状(診療情報提供書)

国際医療福祉大学病院

平成 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	(明・大・昭・平) 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			
(家族既往歴)	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()		