

# 紹介状・診療情報提供書

記載日 年 月 日

紹介先医療機関 杏林大学医学部附属病院  科  先生	紹介元医療機関 医療機関名 所在地 〒  電話番号 FAX 番号 診療科 医師名  印
---	--

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日( 歳)

紹介目的	
主訴又は傷病名	
既往歴及び 家族歴	[薬物アレルギー: <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無]
病状経過及び 検査結果 治療経過	
現在の処方	
備考	※添付資料: <input type="checkbox"/> 画像フィルム <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> その他( )