

診療情報提供書

年 月 日

医療機関の所在地
及び名称
電話番号

提出先 殿 医師氏名 印

患者	氏名			職業		
	住所				TEL	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 (才)	男・女
傷病名						
紹介目的 (紹介後の方針に関する希望)						
主訴及び特に連絡すべき事項 (既往歴・症状・経過・検査結果等)				連絡すべき治療内容、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、検査の記録等を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。