

患者紹介状〔診療情報提供書〕

下記の方についてよろしくお願ひします。

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関（〒 ー ー ）
の名称・所在地

埼玉県川口市西新井宿180番地

川口市立医療センター

科 先生

医師名 印

受診予定日 月 日 時頃

TEL ー ー

ふりがな
患者氏名 様 男・女

FAX ー ー

M・T・S・H 年 月 日生(歳)

住 所

TEL ー ー

受診歴（有・無・不詳）（有）の場合、分かりましたらID番号を記入してください（ ）

※紹介状は、本人が持参いたします。

紹介目的	
病名 (主 訴)	
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー（有 ー 無）
病状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	

紹介元医療機関より

①レントゲンフィルム 有・無

②心電図記録等 有・無

③検査結果伝票 有・無 提出用

患者紹介状〔診療情報提供書〕

下記の方についてよろしくお願ひします。

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

埼玉県川口市西新井宿180番地

川口市立医療センター

紹介元医療機関 の名称・所在地

(〒 -)

科	先生	医師名	印
TEL	-	-	
受診予定日	月 日 時頃	FAX	-
ふりがな	患者氏名	様	男・女
M・T・S・H	年 月 日生(歳)	
住 所	TEL	-	-

受診歴 (有・無・不祥) (有)の場合、分かりましたらID番号を記入してください ()
※紹介状は、本人が持参いたします。

紹介目的	
病名 (主 訴)	
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー (有 無)
病状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	

紹介元医療機関より

- ①レントゲンフィルム 有・無
②心電図記録等 有・無
③検査結果伝票 有・無