

<FAX兼用 >



# (患者紹介状)診療情報提供書

三原赤十字病院

平成 年 月 日

科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

患者 \_\_\_\_\_ 殿( 才) \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

下記のとおり紹介致します。

T E L \_\_\_\_\_

よろしく取り計らい願います。

F A X \_\_\_\_\_

1・傷病名 2. 紹介目的 3・既往歴 4・家族歴 5・症状経過 6・検査結果 7・治療経過 8・現処方

Multiple horizontal lines for text entry.