

紹介状（診療情報提供書）

平成 年 月 日

古河赤十字病院

電話（0280）23-7111

〔担当医〕

科

先生

医療機関の

所在地

名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年齢	歳
	年	月	日生
【傷病名】			
【紹介目的】			
【既往症及び家族歴】			
【症状経過及び検査結果】			
【治療経過】			
【現在の処方】			
【備考】			

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。