

紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

古河赤十字病院

電話 0280-23-7111(代表)

FAX 0280-23-7089(地域連携室)

[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	大・昭・平・令	年 月 日生	年齢 歳
【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】			

必要時画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。