

診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

社会福祉法人 北海道社会事業協会小樽病院

担当医 科

医療機関
の所在地
及び名称

電話番号（ ） —

医師氏名 ⑩

患者氏名	様	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日生（	才） 職業
患者住所	電話番号（ ） —		
紹介目的			
傷病名			
既往歴及び家族歴			
症状経過及び検査結果・治療経過			
現在の処方			
備考			

- 備考 1. 必要がある場合は別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、検査の記録を添付すること。