

診療情報提供書(紹介状)

平成 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 印

| | | | | | |
|-----------------|------------|----|-----|---------|----|
| 患者氏名 | 様 | 性別 | 男・女 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 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。