

診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

社会医療法人北斗
北斗病院 / 北斗クリニック

医療機関名

住 所

医師名

電話番号

FAX番号

科

ふりがな

患者氏名

男

女

生年月日

大正 昭和

平成 令和

年 月 日

住 所 〒

電話番号

自宅以外の連絡先（携帯等）

紹介目的

傷病名
(主訴又は病名)

既往歴及び
家族歴

病状経過及び
検査結果

治療経過

現在の処方

その他留意事項等