

紹介状（診療情報提供書）

令和 年 月 日

社会医療法人北斗
北斗病院 ／ 北斗クリニック

科

医療機関名

住 所

医師名

電話番号

FAX番号

ふりがな	生 年 月 日		
患者氏名	☐ 男 ☐ 大正 ☐ 昭和	年	月 日
	☐ 女 ☐ 平成 ☐ 令和		
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	