

診療情報提供書

〔患者紹介状〕

いわき市立総合磐城共立病院

紹介元医療機関
所在地及び名称

_____科

TEL (_____) - _____

_____様

_____科

紹介日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師氏名 _____



受診者氏名	フリガナ _____様	性別	生年月日	明・大・昭・平 _____年 _____月 _____日 (_____歳)
現住所	〒 _____ TEL (_____) - _____			
傷病名・既往症及び家族歴				
紹介目的				
症状・治療経過及び検査結果等				
現在の処方				
備考				
資料持参 なし・あり(レントゲンフィルム・心電図・各種検査結果等) └─▶ <u>※必ずご持参ください</u>				

※必要がある場合は続紙に記載して添付してください。