

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名 田辺駅前クリニック  
担当医師 南條 知己 殿

〒

紹介元医療機関の所在地  
名称  
電話番号  
FAX 番号  
医師氏名

印

患者氏名	殿	性別	男・女
患者住所			
電話番号			
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( ) 歳 職業

1. 傷病名
2. 紹介目的
3. 既往歴及び家族歴
4. 病状経過及び検査結果
5. 治療経過
6. 現在の処方
7. 備考

備考 1. 必要がある場合は続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・CDR・検査の記録を添付すること。  
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。