

# 紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

高岡市民病院

医療機関の

診療科名 \_\_\_\_\_ 科

住 所 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ 殿

名 称 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

診療科名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

フリガナ 患者氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	性別
患者住所	〒		電話番号	男 ・ 女

傷病名
紹介目的
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

注) 1. 必要がある場合は、続紙に記載して添付してください。

2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム・脳波等検査の記録を添付してください。

(高岡市民病院提出用)