患者紹介状（診療情報提供書）

記載日　　年　　月　　日

紹介先医療機関名

赤穂市民病院

科

先生

紹介元医療機関名

所 在 地

医 師 氏 名　　㊞

ＴＥＬ（　　－　　－　　）

ＦＡＸ（　　－　　－　　）

フリガナ 患者氏名 旧姓：（　　）　（男・女）	住　所 電話番号　（　　）　－
生年月日（大・昭・平・令）　年　月　日　年齢　歳	職業

■紹介目的■　　下記該当欄に☑をお願いします。

□診察依頼　□検査依頼　□健康サポート外来　□その他（　　）	
主訴または傷病名	
既往歴及び家族歴	

①現病歴　②現症　③検査所見　④治療経過　⑤現在の処方　⑥その他