



診療情報提供書

三愛会総合病院

年 月 日

科

医療機関の住所

医療機関名

先生 御机下

T E L

F A X

医師氏名

印

患者名		性別	男・女
患者住所		TEL	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	職業	

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	

- 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、検査の記録添付すること。
 3. 紹介先が医療機関以外である場合は、紹介医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を記入すること。