

患者の症状・診断・治療など現在までの診療の総括と
担当医師から紹介先の医師への患者の紹介も兼ねています。

診療情報提供書

年 月 日

病院・診療所
医院・クリニック

科

先生

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

下記の患者さまを紹介しますので、よろしくお願いいたします。

フリガナ		職 業	
患者氏名		電 話	
住 所		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 男 ・ 女
紹介目的			
主 訴 および現病名			
既往歴 および家族歴			
治療経過 および 主要検査成績			
現在の処方			
患者に関する 留意事項			
添付資料	なし・X-P・内視鏡フィルム・検査データ・ECG・ その他 ()		
備 考			