川崎医科大学附属病院用

診療情報提供書（紹介状）

平成　　年　　月　　日

川崎医科大学附属病院

科

先生

〒701-0192
岡山県倉敷市松島５７７
地域医療連携室
直通 TEL:086-464-1567
直通 FAX:086-464-1166
代表 TEL:086-462-1111

紹介元医療機関名の所在地・名称

医師氏名

TEL
FAX

フリガナ	性　別	生　年　月　日
患者氏名	男 ・ 女 旧姓（　　）	明・大・昭・平 年　月　日（　歳）
住所　〒		電話番号 （　　）　－

主訴・傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴 感染症　（無 ・ 有）　　薬剤アレルギー　（無 ・ 有）
症状経過及び治療経過・検査所見
現在の処方