川崎医科大学附属病院用

診療情報提供書(紹介状)

　　　　　年　　　月　　　日

川崎医科大学附属病院

紹介元医療機関名の所在地・名称

　　　　　　　　　　　　　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

医師氏名

TEL

FAX

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 )

現在の処方

フリガナ

性　別

生　　年　　月　　日

患者氏名

男 ・ 女

旧姓(　　　)

明・大・昭・平・令

年　　　　月　　　　日(　　　　歳)

住所　〒

電話番号

(　　　　　)　　　　　　　－

症状経過及び治療経過・検査所見