

# 診療情報提供書

[ 患者紹介状 ]

## 公立福生病院

東京都福生市加美平一丁目6番地1

電話 042-551-6210 (医療連携室)

FAX 042-551-6164 (医療連携室)

受診予定日 年 月 日

依頼科名 科

希望医師 行

紹介日〔平成 年 月 日〕

医療機関  
の所在地  
及び名称

〔電話番号〕

〔医師氏名〕

科

※必ず押印のこと。

患者氏名	フリガナ	性別	男・女
患者住所	〒	電話番号	
生年月日	明・大・昭・平成 年 月 日 ( 歳)	職業	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
既往経過及び検査結果
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してください。

2 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

持参有無：※画像診断フィルム ※心電図記録等 ※検査結果伝票 ※その他