

診療情報提供書 (紹介状)

平成 年 月 日

茨城西南医療センター病院

〒306-0433 茨城県猿島郡境町 2190

TEL 0280-87-8111 (代)

FAX 0280-86-7702

紹介医療機関の

所在地

名称

電話番号

医師氏名

科 先生

㊟

患者氏名			性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)	職業	
住所 電話番号	☎ ()			
【傷病名】				
【紹介目的】				
【経過】				
【現在の処方・備考】				

紹介元医療機関より

① レントゲンフィルム 有・無 ② 心電図記録等 有・無 ③ 検査結果伝票 有・無