

紹介先医療機関名  
医療法人社団 三成会新百合ヶ丘総合病院  
〒215-0026 神奈川県川崎市麻生区古沢都古255  
TEL 044-322-8113 FAX 044-322-0180

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称  
所在地  
医療機関名  
医師名  
電話番号  
FAX

科 先生

## 診療情報提供書

ふりがな  
患者氏名

患者住所 〒 ( - )

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( ) 歳 職業:

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

薬物アレルギー ( 有 ・ 無 )

症状経過及び検査結果

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すること。
  - 2 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
  - 3 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入し、かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

持参資料	返却
X線フィルム	( 要 ・ 不要 )
心電図	( 要 ・ 不要 )
検査記録	( 要 ・ 不要 )
その他	( 要 ・ 不要 )