診 療 情 報 提 供 書（紹介状）

# 紹介先医療機関名

信原クリニック

# 紹介元　医療機関名

令和 年 月 日

診療科名

整形外科

リウマチ科

先生 医 師 名

印

|  |
| --- |
| 患者氏名： 様 職業： |
| 生年月日： 生 （ 歳） 性別： |
| 傷 病 名： |
| 附 記：[①紹介目的 ②既往症・家族歴 ③症状経過・検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方など] |

備考：

①必要がある場合は，続紙に記載し添付．

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．