

# 診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

信原クリニック

紹介元

医療機関名

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。