

紹介状（診療情報提供書）

市立豊中病院

_____科
_____先生あて

年 月 日

紹介元医療機関の
所在地・名称

電話番号（連絡先）

診療科

担当医師

患者様の氏名、性別	様（男、女）
生年月日（年齢）	（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生 歳
疾患名	# 1 # 2
重症度分類、ステージなど	
現病歴	
現在の治療内容、処方内容	
今後の治療方針	

※記入欄が不足する場合は、別紙を添付してください。