

紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

名古屋市立大学病院

担当科

科

〒467-8602 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄 1
TEL (052) 851-5511 / FAX (052) 858-7130

医師名

医療機関名の
所在地及び名称

電話番号

FAX番号

標榜科(担当科)名

医師氏名

印

(御名刺を添付していただいても結構です。)

患者氏名

様 ID

性別

生年月日

年

月

日

(歳)

紹介目的

傷病名

(主訴又は病名)

既往歴及び

家族歴

病状経過及び

検査結果

治療経過

現在の処方

備考

※1) 必要がある場合は別紙に記載して添付して下さい。

※2) 必要がある場合は画像診断フィルム、検査記録等を添付して下さい。