

診療情報提供書（紹介状）

宮本病院 地域医療連携室 TEL 0299(94)3080

FAX 0299(94)3088

令和 年 月 日

診療科

科

担当医

所在地

医療機関名

茨城県稲敷市幸田1247

医療法人 盡誠会 **宮本病院**

医師氏名

印

TEL 0299(79)2114(代)

FAX 0299(79)2116

TEL

FAX

患者氏名

患者住所

性別 男 女

電話番号

生年月日

年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過

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市町村，保健所名等を記入すること。かつ，患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

