

診療情報提供書(紹介状)

平成 年 月 日

紹介先医療機関

〒064-0809 札幌市中央区南9条西10丁目1-50

TEL 011-513-0111(代表)

社会医療法人
鳩 仁 会 札幌中央病院

FAX 011-531-6510(連携課)

循環器・呼吸器科 消化器科 整形外科 人工透析

医師宛

医療機関名	
所在地	
電話番号	
医師氏名	
名刺を貼付頂いても結構です	

※1 札幌中央病院受診歴(有・無)
 ※2 紹介元への帰院希望(有・無・一任)
 ※3 身体情報(障害がある場合記載してください。)
 難聴(両・右・左)
 視力(両・右・左)
 その他

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生(歳)	男・女
住 所				電話(携帯)	
傷病名 (主訴・病名)					
紹介目的					
現病歴・現症 検査所見 治療経過等					
現在の処方					

- 備考 1. あて先の医師名が不明な場合は当該科のみレをつけてください。
 2. 必要がある場合には、画像診断フィルム、検査記録などを添付してください。
 3. 記入欄不足の場合は、お手数ですが貴院様式で結構ですので別紙を添付してください。