

紹 介 状

診療情報提供書

年 月 日

社会保険 田川病院

科

先生

〒826-8585 福岡県田川市上本町10-18

TEL 0947-44-0474 FAX 0947-44-0559

7-1 FAX 0120-668-333

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

患者氏名

様

(M ・ T ・ S ・ H ・) 年 月 日 (歳) 男 ・ 女

住 所

TEL

職 業

診断名

紹介目的

症状・治療経過・検査結果など

現在の処方

備考：1. 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入下さい。

2. 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録などを添付してください。