

紹介・診療情報提供書

西暦

年 月 日

岐阜大学医学部附属病院

科 御中

殿

紹介元医療機関

の所在地及び名称

電 話 番 号

診 療 科 名

医 師 氏 名

印

患者氏名		性別	男・女	職業	
住 所					
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	電話番号	()	—	

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備考

- 注) 1. 記入欄不足の場合は、続紙を添付してください。
2. 必要に応じて、画像データ CD、検査記録等を添付してください。
3. 宛名欄の医師名が不明の場合は、診療科名のみご記入ください。