

# 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



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。