

# 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・( )	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、画像診断フィルム、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。