

## 患者紹介状〔診療情報提供書〕

下記患者についてよろしくお願いたします。

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関  
の名称・所在地

横浜栄共済病院 宛

医師名 印

科 先 印 - -

フリガナ

患者氏名 様 男・女 M.T.S.H 年 月 日生( 才)

住所 印 - -

当院への受診歴(有・無・不詳)

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

添付資料(無 X - P ECG 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像)