

年 月 日

診療情報提供書（紹介状）

J A 岐阜厚生連
中濃厚生病院

紹介元医療機関所在地・名称

先生 侍史

医師名

中濃厚生病院受診歴（有・無・不明）

予約日 令和 年 月 日 () 時 分	
患者氏名	明・大 男 様 昭・平・令 年 月 日生 女
患者住所	
連絡先 TEL - -	
主訴 及び 傷病名	紹介目的
既往歴及び家族歴	
感染症 有・無 () 薬物アレルギー有・無 ()	
症状経過及び検査結果	
現在の処方	
添付資料 X線フィルム 枚・カルテ・検査データのコピー	

〒501-3802 関市若草通5丁目1番地
中濃厚生病院地域医療連携室
TEL <0575>22-2662
FAX <0575>24-4927