

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・検査データーのコピー							

〒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