

診療情報提供書（紹介状）

医療法人社団 盛翔会 浜松北病院

年 月 日

科 医療機関名

担当医 医師 住 所

〒431-3113 浜松市東区大瀬町1568
TEL 053-435-1111(代表)
053-435-1522(医療連携室)
FAX 0120-435-351電話番号
医師氏名

印

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女 歳
住 所			電話番号	

主訴または病名 紹介目的 既往歴 家族歴 薬物アレルギー 病状経過 結果検査 治療経過 現在の処方 備 考 (患者に関する留意事項)	
--	--

注1：必要がある場合は、続紙に記載して添付してください。

注2：必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録などを添付してください。