

# 診療情報提供書

紹介先医療機関名

令和 年 月 日

わらび北町病院

紹介元医療機関名

外来担当  
先生御机下

医師名

TEL

フリガナ			
患者名			年 月 日生
住所			

傷病名	
紹介目的（精査・入院治療・手術・リハビリテーション・検査のみ）	
既往歴（家族歴）	薬物アレルギー（有 ・ 無）
現病歴、治療経過、検査結果、現在の処方（検査予約の場合は臨床診断・臨床所見を書いてください）	

※資料持参・・・・・・・・無・有（フィルム・心電図記録・検査記録）

※患者さまが来院する前までに、保険情報を記載の上、FAXをお送りください。

- ・患者さまの受付の手間を省き、診察待ち時間を短縮することが出来ます。
- ・必要に応じては、入院ベッドをいち早く確保することが可能になります。