

診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

山形市立病院済生館

科 行

住 所

医療機関名

医 師 名

(電話)

以下の通りご紹介いたしますので、宜しくお取り計らいのほどお願い申し上げます。

患 者	氏 名					
	住 所					
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生 (才)	男・女
	電話番号		職	業		

（診療情報欄）

1 傷病名	
2 紹介目的（希望する治療）	
3 既往歴・家族歴	
4 治療経過（症状経過及び検査結果を含む）	
5 現在の処方	