

紹介状（診療情報提供書）

滋賀医科大学医学部附属病院

年 月 日

_____科

担当医 _____ 殿

医療機関の所在地および名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名

性別 男・女

患者住所

電話番号

生年月日

年 月 日（ 歳） 職業

傷病名	
紹介目的	
既往歴 および 家族歴	
症状経過 および 検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

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。

2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。