

# 紹介状（診療情報提供書）

滋賀医科大学医学部附属病院

平成 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 明・大・昭・平	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下さい。

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下さい。