

紹 介 状（診療情報提供書）

年 月 日

田 川 市 立 病 院

科

担当医 殿

〒825-8567

福岡県田川市大字糴1700番地の2

TEL: 0947-46-5213

FAX: 0947-46-5030

ご紹介医療機関名

所在地

医師名

TEL

FAX

患者氏名	様		性別	男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・	年	月	日（ 歳）
住所		電話番号		
傷病名				
紹介目的				
既往及び 家族歴				
症状経過 治療経過 検査結果				
現在の処方				
備考				