

紹介状・診療情報提供書

①三田病院提出用
患者様受診時持参

平成 年 月 日

国際医療福祉大学三田病院

〒108-8329 東京都港区三田1-4-3
 地域医療連携部 ☎ 03 (3451) 8062
 FAX 03 (3451) 8345
 URL http://mita.iuhw.ac.jp

貴院の名称

所在地

医師氏名

科
先生

下記の患者様をご紹介致します

受診予定日 平成 年 月 日 (予約：有・無)

(来院時間 時 分)

(予約時間 時 分)

当院受診歴 (有・無)

☎ (- -)

FAX (- -)

フリガナ	傷病名
患者氏名 (歳)男・女	
生年月日 (明・大・昭・平 年 月 日)	
主 訴	
治療経過及び病状経過	

検査結果	

現在の処方	

備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみをご記入下さい
 2. 必要がある場合は、画像診断フィルム・検査結果伝票等々の添付をお願い致します
 { EX. MRI (枚) }