紹介状 ・ 診療情報提供書

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　TEL：03-3451-8062
FAX：03-3451-8345

貴院名

所在地

科

先生

医師名

受診予定日　　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）

ＴＥＬ　　－　　－

ＦＡＸ　　－　　－

フリガナ 患者名 男 ・ 女 生年月日　　年　　月　　日（　　歳）	傷病名

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な場合は診療科名のみご記入下さい。
2. 必要資料（画像CD-ROM・検査結果等）がある場合には添付をお願いします。