

# 紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

一般財団法人とちぎメディカルセンター

とちぎメディカルセンターしもつが

栃木市大平町川連420番地1  
Tel: 0282(22)2551(代)

医療機関 〒 -  
の所在地

名称

電話番号 ( )

F A X ( )

(担当医) 科 先生

医師氏名

印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	男・女
患者氏名				
紹介目的	入院・転医・精査・手術・リハビリ・その他 ( )			
病名				
既往歴 家族歴				
検査所見 治療症状 経過				
現在の処方				

注1. 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入ください。

2. 必要がある場合は、続紙に記入してください。

3. 資料持参 無・有……レントゲン・心電図・検査記録 ( )