

診療情報提供書

令和 年 月 日

青山リハビリテーション病院

担当医 先生

ご紹介元
医療機関名

所在地

T E L

F A X

診療科

医師名

印

フリガナ 〈患者氏名〉	〈性別〉	男 ・ 女
〈生年月日〉	明・大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
〈患者住所〉		
〈電話番号〉		〈職業〉

傷病名	
紹介目的	
既往歴 及家族歴	
症状経過 及び 検査結果	
処方	
備考	

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
 2. 必要がある場合は画像診断のデータ・検査データの記録を添付してください。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入し、患者住所及び電話番号も必ず記入してください。