

# 紹介状(診療情報提供書)

年 月 日

## 金沢大学附属病院

診療科名 \_\_\_\_\_ 科

担当医 \_\_\_\_\_ 殿

医療機関の

所在地及び

名 称 \_\_\_\_\_

診療科名 \_\_\_\_\_ 科

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

フリガナ		生年月日	年 月 日生 ( 歳)	性別	男 ・ 女
患者氏名					
患者住所				電話	

傷 病 名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治 療 経 過
現在の処方
備 考

- 注 1. 必要がある場合は、続紙に記載して添付して下さい。  
 2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム・脳波等検査の記録を添付して下さい。

(紹介先医療機関用)