

年 月 日

患者紹介状(診療情報提供書)

〔カルテ保存用〕

紹介医療機関

紹介元医療機関

〒110-8645 東京都台東区東上野2-23-16
 ライフ・エクステンション研究所
 付 属 永寿総合病院
 代 表 電 話 03(3833)8381
 地域医療連携課 ☎03(3833)8897
 FAX03(3834)2351

科

担当医師 殿

下記患者さんをご紹介申し上げます。宜しく御配慮の程お願いいたします。

患者氏名	ID No.		フリガナ				職業	
		—	様				性別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 正 ・ 昭 ・ 平		年	月	日 (歳)		

主訴又は病名・症状
紹介目的 (転医 ・ 入院 ・ 検査 () ・ 手術 ・ リハビリ ・ その他 ())
既往症及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
添付資料 (有・無) X-P ・ ECG ・ 内視鏡フィルム ・ 検査データ ・ ECHOその他 ()