**診 療 情 報 提 供 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※患者持参用（貴院→福山医療センター）

 **紹 　介　　状**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　20　　 年　　　月　　　日

　　福山医療センター

**科　　　　　　 先生**

　　　　　　　　　　　　　　　　紹介医療機関の所在地・名称

　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

 　　下記の患者をご紹介申し上げます。よろしくお願いいたします。

**患者氏名**

　　　　　　　　　　　　　　 男　　昭・平・令

**殿**

・

　　　　　　　　　　　　　 　女　　　 　　年　　　月　　　日生（　 　才）

薬剤アレルギー（有・無）

特

記

事

項

　病　状　経　過

　　　及　び

　治　療　経　過

　検　査　所　見

　現 在 の 処 方

 資料持参（無・有･･･レントゲンフイルム・心電図記録・検査記録）

　傷　　病　　名

　紹　介　目　的

　既　　住　　歴

　　　および

　家　　族　　歴