

# 診療情報提供書

紹介先医療機関等名 医療法人 春桜会 春桜会リハビリテーションクリニック

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

紹介元医療機関の所在地

名称 \_\_\_\_\_ 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名			
患者住所	〒 _____	電話番号	
生年月日	明・大・昭・平・令 _____ 年 ____ 月 ____ 日	職業	

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	

- ※1 必要がある場合には画像診断のフィルム・検査のフィルムを添付すること。
- ※2 紹介先が医療機関以外である場合は、紹介先医療機関の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること、かつ患者住所、電話番号を必ず記入すること。
- ※3 FAX番号 092-596-4985 までFAXして下さい。