

診療情報提供書

(患者紹介用)

紹介先
医療機関名

- 川崎幸病院
- 川崎幸クリニック
- 第二川崎幸クリニック
- 川崎クリニック
- さいわい鹿島田クリニック
- 横浜石心会病院

川崎市幸区大宮町 31-27
TEL044-544-4611 FAX044-540-3712
川崎市幸区南幸町 1-27-1
TEL044-544-1020 FAX044-544-4700
川崎市幸区都町 39-1
TEL044-511-1322 FAX044-511-1780
川崎市川崎区日進町 7-1
TEL044-222-7707 FAX044-222-7735
川崎市幸区新塚越 201
TEL044-556-2720 FAX044-556-2721
横浜市鶴見区豊岡町 21-1
TEL045-581-1417 FAX045-583-1498

担当医

科

殿

西暦

年

月

日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

(フリガナ)

患者氏名

性別 男・女

患者住所

電話番号

生年月日

大・昭・平・令

年

月

日

(歳)

職業:

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

病状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備

考