

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名
板橋中央総合病院

紹介元医療機関名・所在地

科 先生

緊急の（有・無）

入院希望の（有・無）

科 医師名

印

フリガナ			明・大・昭・平	
患者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
住 所	〒		TEL ()	
紹介目的	加療・精査・転医 その他 ()			
病 名 (主 訴)				
既 往 歴 家 族 歴				
病状経過 治療経過 検査結果				
現在の処方				

目的達成後に貴院へ再転院を

希望する ・ 希望しない