

3部複写

(様式8)

# 紹介状

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

医・病院

担当医

先生殿

紹介元医療機関の所在地及び名称 横浜市鶴見区鶴見2-1-3

**鶴見大学歯学部附属病院**

電話番号 045-581-1001

F A X 045-581-0024

医師氏名 科 印

歯科医師氏名 科 印

下記の患者さんを紹介いたしますのでよろしくお願いいたします。

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 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

- 備考
- 1、必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
  - 2、必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
  - 3、紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。