

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

平成 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

|      |         |   |   |   |      |    |   |   |   |
|------|---------|---|---|---|------|----|---|---|---|
| 患者氏名 |         |   |   |   |      | 性別 | 男 | ・ | 女 |
| 患者住所 |         |   |   |   |      |    |   |   |   |
| 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   |
| 症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、保健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。