

別紙1

紹介先医療機関等名

担当医                      科                      殿

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	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。