

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。