

(別紙様式11)

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	明・大・昭・平・令	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。