

(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。