

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	<ol style="list-style-type: none"> 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。
----	---