

紹介・診療情報提供書

平成 年 月 日

牛久愛和総合病院

科 殿

〒300-1296 茨城県牛久市猪子町 896 TEL029(873)3111(代)
地域連携室 TEL029(870)5150(直) FAX029(873)8359

所在地

医療機関名

F A X

入院希望 (有・無)

医師氏名

患者氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)	男・女
------	------	-----------------------	-----

傷病名	
紹介目的	
既往症及び 家族歴	薬剤アレルギー(有 無) 嗜好
症状経過 及び 検査所見	
治療経過	
現在の処方	

備考 1.宛先の医師名が不明の場合は、科名のみをご記入下さい。
2.必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。