診 療 情 報 提 供 書

草加市立病院用

紹介先医療機関名　草加市立病院　　令和　年　月　日

科　先生

紹介元医療機関の住所及び名称

医師氏名　㊞
TEL
FAX

患者氏名		性　別	男 ・ 女
患者住所		電話番号	
生年月日	大・昭・平・令　年　月　日(　歳)	職　業	

傷病名	
紹介目的	
既往症及び家族歴	薬剤アレルギー（有　・無）
現病歴及び現症	
検査所見	
治療経過	
現在の処方	

※　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。