

紹介状（診療情報提供書）

〒320-0834

栃木県宇都宮市陽南4丁目9番13号

栃木県立がんセンター

Tel: 028(658)5151

年 月 日

【担当医】 _____ 科 _____ 先生

紹介元医療機関

所在地

名称

Tel:

医師氏名 _____ 印

患者氏名	性別 男 ・ 女
患者住所	
Tel:	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
傷病名	既往歴 及び 家族歴
紹介目的	
症状経過 及び 検査結果	
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、科のみを御記入ください。
2. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
3. 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ください。