**患者紹介状（診療情報提供書）**

20　　年　　月　　日

ＪＡとりで総合医療センター

　　　　　　　科　　　　　　　　　　先生

 紹介元医療機関所在地・名称

 電話番号・ＦＡＸ・医師名

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　性別　男・女 | 明・大・昭・平　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　-　　　-　　　 |

|  |
| --- |
| 主訴又は病名・症状 |
| 紹介目的（入院・転医・精査（　　　　　　　　）・手術・その他 |
| 既往歴 |
| 経過及び検査結果 |
| 現在の処方 |
| 添付資料：Ｘ－Ｐ（　　枚）　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |