

紹介先医療機関名

医療法人 西新井病院 科 外来担当医 宛

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

医師氏名

⑨

患者氏名	性別	男・女
患者住所	電話番号	— —
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
1. 必要がある場合は別紙に記載して納付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記載を納付すること。
 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。