

## 紹介状（診療情報提供書）

令和 年 月 日

医療機関 浜松医科大学医学部附属病院

科	医療機関名
担当医	

先生	所在地
----	-----

〒431—3192 浜松市半田山一丁目20番1号

電話番号

TEL 053(435)2637

FAX 053(435)2849

医師氏名

印

医療福祉支援センター 地域連携室

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

傷病名 (主訴または病名)	
紹介目的	
既往歴及び 家族歴	嗜好 薬物アレルギー
症状経過及び 検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考 (患者に関する留意事項)	

注1. 必要がある場合は、続紙に記載して添付してください。

注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ください。

浜松医科大学医学部附属病院診療録貼付用(2枚複写)  
医療機関控用(2枚複写)