

# 紹介状 (診療情報提供書)

紹介元控①

武田総合病院

科

先生

令和

年

月

日

紹介元貴医療機関所在地及び名称

電話番号

FAX

医師氏名



患者	フリガナ		職業		
	氏名				
	住所				
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生(才)	男・女
紹介目的 (紹介後の方針 に関する希望 患者に関する 留意事項等					

主訴又は病名	
既往症及び家族歴	嗜好 薬剤アレルギー
症状経過及び 検査結果 治療経過等	
現在の処方	
備考	

- 備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入ください。  
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。



医療法人

医仁会武田総合病院

〒601-1495 京都市伏見区石田森南町28-1

患者サポートセンター TEL(075)572-6530 FAX(075)572-6276