

# 紹介状

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

屋島総合病院

科 殿

【紹介医療機関の所在地・名称】

〒761-0186 高松市屋島西町 2105-17

TEL 087-841-7401

FAX 087-841-9187

TEL

FAX

医師名 ④

フリガナ

明・大・昭・平

患者氏名

男・女 年 月 日生 ( 歳)

主訴及び傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

現病歴及び現症・検査所見・治療経過等

現在の処方

- 備考
- 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入ください。
  - 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。