

紹介状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

中東遠総合医療センター

科 先生 様

医療機関の住所・名称

医師氏名

印

電話番号

患者氏名	殿	性別	男 ・ 女
患者住所		職業	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
傷病名：			
紹介目的：			
既往歴及び家族歴：			
症状経過及び検査結果：			
治療歴経過と現在経過：			
入院希望（有 ・ 無）			

〒436-8555 掛川市菖蒲ヶ池1番地の1

中東遠総合医療センター 地域連携室

直通電話:0537-28-8021 FAX:0537-28-8926