

紹介状・診療情報提供書

平成 年 月 日

(紹介先医療機関)

公益財団法人佐々木研究所附属 杏雲堂病院

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台1-8

TEL 03-3292-2051(代表) FAX 03-3292-3376

TEL 03-3292-2054(連携室)

(紹介元医療機関)

科 殿

医師名

印

ふりがな		生年月日	
患者氏名		明・大・昭・平	
	男・女	年 月 日生(歳)

病名又は主訴

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方等

添付資料(有・無)

1. 検査データ(血液、ECG、エコー等)

2. 画像データ(X-P、CT、内視鏡等)

3. その他 _____