

紹介状(診療情報提供書)

令和 年 月 日

鳥取県立厚生病院

科
医師 宛

紹介医療機関の所在地・名称

〒682-0804 鳥取県倉吉市東昭和町 150
TEL 0858-22-8181
FAX 0858-22-8210 (地域連携センター)
E m a i l : chiiren-k@pref.tottori.lg.jp

医師氏名 _____

フリガナ	生年月日
患者氏名	大・昭・平・令
男・女	年 月 日 (歳)
住 所 〒	
電話番号	

主訴及び傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
薬物アレルギー (有 ・ 無)
現症歴及び現症 検査所見 治療経過等
現在の処方