

紹 介 状

(診 療 情 報 提 供 書)

令和 年 月 日

香川県木田郡三木町池戸 1750 番地 1
香川大学医学部附属病院

科
殿

医療機関名
所 在 地
電 話 番 号
F A X
医 師 氏 名

印

フリガナ 患者氏名		生年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
患者住所		電話	— —	職業	
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 治療経過					
現在の 処方					
備 考	DVD、CD 等の電子媒体の有無 ☐ 有 ☐ 無 K-MIX R 利用に係る同意書の有無 ☐ 有 ☐ 無				