

※紹介状（診療情報提供書）は、貴医療機関の様式をご使用いただいても差し支えありません。

別紙様式 11

予約方法 Web 予約 FAX 予約

紹介状

（診療情報提供書）

____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

貴医療機関名

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	CD等の電子媒体の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		K-M I X R利用に係る同意書の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		