

紹 介 状

(診療情報提供書)

年 月 日

香川県木田郡三木町大字池戸 1750 番地 1

香川大学医学部附属病院

担当医 _____ 科 _____

医療機関名 _____

所 在 地 _____

名 称 _____

電 話 番 号 _____

医 師 氏 名 _____ 印 _____

患 者	氏 名		生 年 月 日		性 別	
	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+ 利用に係る同意書の有無 ☐ 有 ☐ 無				