

診療情報提供書（紹介状）

医療法人社団 盛翔会 浜松北病院

年 月 日

科 医療機関名
担当医 医師 住 所

〒431-3113 浜松市東区大瀬町1568
TEL 053-435-1111 (代表)
053-435-1522 (地域医療支援課)
FAX 0120-435-351

電話番号
医師氏名

印

ふりがな 患者氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女 歳
住 所	電話番号		

主訴または病名	
紹介目的	
既往歴	
家族歴	
薬物アレルギー	
病状経過	
結果検査	
治療経過	
現在の処方	
備 考 (患者に関する留意事項)	

注1：必要がある場合は、続紙に記載して添付してください。

2：必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録などを添付してください。