

# 診療情報提供書（紹介状）

（日大板橋病院送付用）

平成 年 月 日

日本大学医学部附属板橋病院

科 先生

受診予定日 年 月 日（ ）

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30番1号

TEL 03（3972）8 1 1 1

（記載せず名刺を貼付頂いても結構です）

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

下記の患者様を紹介致します。

紹介目的：精査・加療・その他（ ）

患者氏名 フリガナ および 生年月日	様 (男・女)	明治・大正 年 月 日生 ( 歳) 昭和・平成 (職業)
住 所	TEL ( )	
傷病名 もしくは 主要症状	既往歴	特記事項 無 有 家族歴 特記事項 無・有
現在までの症状及び治療経過		検査結果 特記事項 無・有
		現在の処方 無・有

当病院での診療が終了した段階での患者様の返送のご希望について右の欄に○をつけて下さい。

希 望 希 望  
す る し ない