**診 療 情 報 提 供 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※患者持参用（貴院→香川県立中央病院）

 **紹 　介　　状**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　平成　　　年　　　月　　　日

　　香川県立中央病院

**科　　　　　　 先生**

　　　　　　　　　　　　　　　　紹介医療機関の所在地・名称

　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

 　　下記の患者をご紹介申し上げます。よろしくお取り計らいの程お願いいたします。

**患者氏名**

　　　　　　　　　　　　　　 男　　明・大・昭・平

**殿**

・

　　　　　　　　　　　　　 　女　　　 　　年　　　月　　　日生（　 　才）

薬剤アレルギー（有・無）

特

記

事

項

　病　状　経　過

　　　及　び

　治　療　経　過

　検　査　所　見

　現 在 の 処 方

 資料持参（無・有･･･レントゲンフイルム・心電図記録・検査記録）

　傷　　病　　名

　紹　介　目　的

　既　　住　　歴

　　　及　び

　家　　族　　歴