

紹介状・診療情報提供書

医療法人横浜未来ヘルスケアシステム
奥沢病院

科 先生 御侍史

医療機関の
名称及び所在地

電話番号

診療科（担当医）

医師氏名

⑩

下記の患者さんを紹介致します。

患者氏名	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生（才）	男・女
傷病名 又は症状	既往歴及び家族歴 嗜好 薬物アレルギー（ ）		
紹介目的	精検・加療・その他		
現在の症状及び治療経過・治療計画	検査結果		
	現在の処方		

※ 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付してください。