

紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

紹介先医療機関名

株式会社日立製作所 日立総合病院

総合内科	消化器内科	呼吸器内科	血液・腫瘍内科	代謝内分泌内科
内科(生活習慣病)	循環器内科	腎臓内科	神経内科	心臓血管外科
外科	呼吸器外科	乳腺甲状腺外科	泌尿器科	整形外科
形成外科	脳神経外科	小児外科	小児科	産婦人科
皮膚科	耳鼻いんこう科	眼科	放射線診療科	放射線腫瘍科
救急総合診療科	歯科口腔外科			

担当医師： _____

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師名：

㊞

患者氏名		性別	男 ・ 女
患者住所		電話番号	()
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	

※日立総合病院に受診歴がある場合、日立総合病院の診察券番号： — —

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 *患者に関する 留意事項など	

1. 宛先の医師名が不明な場合は当該科だけご記入ください。
2. 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査の記録などを添付してください。
3. 記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。