

紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

中東遠総合医療センター

科 先生 様

医療機関の住所・名称

医師氏名

印

電話番号

患者氏名	殿	性別	男	・	女
患者住所					
生年月日	年	月	日	職業	
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：					
治療歴経過と現在経過：					
入院希望 (有・無)					

〒436-8555 掛川市菖蒲ヶ池1番地の1

中東遠総合医療センター 地域医療支援センター

直通電話:0537-28-8021 FAX:0537-28-8926