

診療情報提供書(紹介状)

令和 年 月 日

富山労災病院

地域医療連携室 TEL 0765-22-1354 FAX 0120-935-631

担当医 科 医師 医療機関名
TEL
FAX
医師名

受診希望日	<input type="checkbox"/> 本日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 希望日なし
ふりがな	生年月日 明・大・昭・平・令		
患者氏名	年 月 日 (歳)		TEL
住所 〒 -	様 (男・女)		

主訴又は 傷病名及び 紹介目的	
既往歴及び 家族歴	薬物アレルギー：
症状経過 治療経過 検査所見	
現在の処方	

持参資料 無・有 (放射線フィルム・検査記録・心電図・その他)

富山労災病院提出用 (FAX送信用)

令和3年8月1日様式変更