診療情報提供書（紹介状）

平成　　　年　　　月　　　日

山梨PET画像診断クリニック

担当医　宛

所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

TEL

診療科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

本院受診の下記患者様をご紹介申し上げます。

お手数ではございますが、宜しくお願い致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 |  | 職業 |  |
| 患者住所 |  | 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 |  |
| 紹介目的 |  |
| 既往歴 |  |
| 経過 |  |
| 現在の処方・備考 |  |

山梨PET画像診断クリニック

TEL　055-278-5500　　FAX　055-278-5501