

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