

患者紹介状（診療情報提供書）

紹介先医療機関名

湘南中央病院

[医療機関・住所・電話等]

科

先生

科 医師名

下記の方を紹介しますので、宜しくお願い致します。

患者氏名

様

男 女

生年月日

歳

住 所

電話

紹介目的	インフルエンザ ・ COVID-19検査 その他の発熱疾患の検査
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー なし あり() 不明
病状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	
添付資料	
患者に関する留意点	