

# 紹介・診療情報提供書

独立行政法人 信州上田医療センター  
国立病院機構

平成 年 月 日

〒386-8610 上田市緑が丘 1-27-21

TEL (0268) 22-1890 FAX (0268) 22-1893  
(地域医療連携室直通 FAX)

所在地

医療機関名

電話番号

F A X

医師氏名

科  
先生

患者氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	男・女
------	------	------------------------	-----

紹介目的	
病名 (主訴) 既往症及び (家族歴)	薬剤アレルギー (有 無) 嗜好
現病歴 現症	
病状経過 及び 検査結果 治療経過	
現在の 処方	

- 備考 1. FAXでご紹介いただく場合は、診療情報提供書と保険情報（保険証、老人・公費負担関係の受給者証等）も併せてお送りください。  
2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。