

府中病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

印

フリガナ	生年月日
患者氏名	明治・大正・昭和・平成
男・女	年 月 日生まれ( 歳)
住所 〒	
電話番号	

主訴および傷病名	
紹介目的 (精査・加療・入院・転医・手術・リハビリ・その他)	
既往歴および家族歴	嗜好
	薬物アレルギー
現病歴および現症 検査所見 治療経過等	
現在の処方	

備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入ください。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ください。