

# 紹介状(診療情報提供書)

令和 年 月 日

鳥取県立厚生病院

科  
医師 宛

紹介医療機関の所在地・名称

〒682-0804 鳥取県倉吉市東昭和町 150  
TEL 0858-22-8181  
FAX 0858-22-8210 (地域連携センター)  
E m a i l : chiiren-k@pref.tottori.jp

医師氏名 \_\_\_\_\_

|       |            |
|-------|------------|
| フリガナ  | 生年月日       |
| 患者氏名  | 明・大・昭・平    |
| 男・女   | 年 月 日 ( 歳) |
| 住 所 〒 |            |
| 電話番号  |            |

|                          |
|--------------------------|
| 主訴及び傷病名                  |
| 紹介目的                     |
| 既往歴及び家族歴                 |
| 薬物アレルギー ( 有 ・ 無 )        |
| 現症歴及び現症<br>検査所見<br>治療経過等 |
| 現在の処方                    |