（別紙様式11）

 紹介先医療機関等名

 担当医 科 殿

 令和　　年　　月　　日

 紹介元医療機関の所在地及び名称

 電話番号

 医師氏名 印

|  |
| --- |
| 患者氏名患者住所 　性別 男 ・ 女電話番号生年月日 明・大・昭・平・令　 年 月 日（　　歳）　職業 |

|  |
| --- |
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 症状経過及び検査結果 |
| 治療経過 |
| 現在の処方 |
| 備　　　考 |

 備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

 ２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

 ３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険　　　　　　　薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず

記入すること。