診 療 情 報 提 供 書

紹　介　状

年　　月　　日

住 友 別 子 病 院

＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿先生

紹介医療機関の所在地・名称

TEL

FAX

医師氏名

下記の患者をご紹介申し上げます

患者氏名　　殿　（ 男・女 ）　明・大・昭・平　年　月　日生　（　才）

傷　病　名	
紹 介 目 的	

症状など　《既往歴及び家族歴　症状経過および検査結果　治療の経過　特記事項　現在の処方など》

◎この診療情報提供書に記載されている個人情報は紹介目的にのみに使用し他の目的には利用いたしません。

連絡先　住友別子病院　地域連携室
〒792-8543 愛媛県新居浜市王子町３番１号
TEL（0897）37-7133　FAX（0897）37-7134（直通）