

診 療 情 報 提 供 書  
紹介状(高額医療機器共同利用依頼書)

紹介先医療機関名

先生侍史

患者氏名

様 性別

生年月日

歳

職 業

傷 病 名

紹介目的及び希望検査事項

病状、治療経過及び検査結果

紹介元医療機関

2020 年 月 日

医療機関の

〒350-0233 埼玉県坂戸市南町30番8号

所在地及び名称

社会医療法人  
刀仁会 坂戸中央病院

TEL・FAX

TEL: 049-283-0019 FAX: 049-289-0229

診療科

医師名

印