

紹 介 状

記入年月日 年 月 日

医療機関名

御机下

患者名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
-----	--	------	----------------

「相談事前チェックシート(シート1)」、「相談機関→医療機関連絡シート(シート2)」を添付いたします。
追加する依頼事項は次のとおりです。

治療中の疾患

☐ なし☐ あり → 以下のとおり

投薬内容(お薬手帳のコピーでも可)

【添付資料】

- ☐ シート1
☐ シート2
☐ お薬手帳

【病院又は診療所の名称】

所在地

電話番号

医師氏名

印