

# 紹介状〔診療情報提供書〕

紹介先：東洋医学総合治療院

年 月 日

院長 吉田優子行

紹介元医療機関の所在地\_\_\_\_\_

名称\_\_\_\_\_

電話番号\_\_\_\_\_

医師氏名 印\_\_\_\_\_ (印)

フリガナ	
患者氏名	様(男・女) 生年月日 年 月 日生

傷病名または主症状
紹介目的
臨床経過及び検査結果、既往歴 等
その他