

紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

国立大学法人
富山大学附属病院

_____科

担当医 _____ 殿
(担当医が特定できない場合は空欄)

〒 _____
医療機関の
住所・名称

電話番号 () _____

医師氏名 _____ (印)

フリガナ 患者氏名	_____	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
--------------	-------	------	-----------------------	-----

○傷病名及び紹介目的

○既往歴及び家族歴

○症状経過及び検査結果

○治療経過（現在の処方等）

○備考

注) 1, 必要がある場合は、続紙に記載して添付してください。※【続紙：あり・なし】
2, 必要がある場合は、画像診断のフィルム・脳波等検査の検査の記録を添付してください。

富山大学附属病院提出用