診療情報提供書（患者紹介状）

年　　月　　日

医療法人社団雄仁会 メディカルケア大手町
〒100-0004
東京都千代田区大手町1-6-1 大手町ビルB1F
TEL 03-6262-1666 FAX 03-6262-1689

新来担当医　先生

特に医師を指定する場合には下記に

先生

会社名
所在地
電話番号
FAX
医師／
産業保健スタッフ

（名刺を貼付頂いても結構です）

㊞

患者	氏名			生年月日	明・大・昭・平　年　月　日（　歳）	男 ・女
	入社年月	年　月	部署		職種	職位
	該当するものにチェックをお願いします ☐ 在職中　☐ 休職中（　年　月～ ／ 休職回数　回目）					

紹介目的	傷病名

症状及び治療経過

主治医情報	既往歴及び家族歴
医療機関名　（　）	
主治医　（　先生）	