

[複写使用可]

《紹介状》

_____年____月____日

東京 担当者宛

福岡 担当者宛 *いずれかのクリニック名に☑をつけて下さい。

《紹介元》

住所_____

施設名_____

紹介者名_____

Tel/fax_____

患者氏名：_____、 性別：男・女 年齢：_____

診断名（又は問題点）：

紹介に至る経緯：

現在の診療状況：