

# 紹介状(施術情報提供書)

平成 年 月 日

森ノ宮医療学園附属 みどりの風クリニック

〒537-0022 大阪市東成区中本3-15-18

TEL 06(6976)3901 FAX 06(6976)3903

施術所名

所在地

診療科目 内科 漢方内科 心療内科

整形外科 リハビリテーション科

TEL ( )

FAX ( )

科 先生

氏名 印

患者 様を御紹介申し上げます。何卒、御高診の程よろしくお願い致します。

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 (西暦 年)
患者氏名			年 月 日 歳
性別	男 女	TEL	( )
現住所	〒		
傷病名			
紹介目的			
症状経過 施術経過	【負傷日】		
	【主訴(症状等)】		
	【現病歴】		
	【所見】		
既往歴 家族歴			

- 備考
1. 患者様の病状が不安定の際には、当クリニックでの加療継続をお願いする事があります。ただし、病状が安定した際には、貴院へ再度紹介させていただきます。
  2. 画像フィルムの資料が必要な場合は、その旨の記載をお願いします。