

診療情報提供書 減量外来紹介用

長野市民病院御中

年 月 日

紹介元医療機関 紹介医師氏名 (住所・電話番号)	(TEL - -)
--------------------------------	-------------

下記の患者様について、薬物療法を希望されております。ご紹介いたしますのでよろしくお願い申し上げます。

フリガナ 患者氏名	様	(男 ・ 女)	
住所	(〒 -)	TEL (- -)	
年齢	歳	生年月日	年 月 日生
身長	cm	体重	kg
BMI	kg/m ²		
<input type="checkbox"/> 医療機関へ連絡 <input type="checkbox"/> 患者さんに直接連絡 <input type="checkbox"/> 患者さんから連絡			

