

医療機関・施設用

紹介状作成依頼書

作成依頼日：令和 年 月 日

医療法人昌真会 おおぎや整形外科

神奈川県横浜市青葉区藤が丘 1-28-7-2F

TEL:045-978-5252 / FAX:045-978-5257

患者名 _____ 様

生年月日: 昭和・平成・令和 年 月 日生

の診療情報提供を希望致します

希望情報提供内容（詳細を記載してください）

情報提供先病院・施設名・住所・連絡先(電話/FAX)・担当医

<施設名・病院名>

<住所>

<連絡先>

TEL : _____ / FAX : _____

<担当医>

_____ 科 _____ 先生」

_____ 様からの同意は令和 年 月 日に了承済みとなります。