

紹介状（診療情報提供書）

令和 年 月 日

栃木県立リハビリテーションセンター

科 先生御侍史

（紹介元医療機関の所在地及び名称）

診療科名

医師名

印

患者氏名	性別
患者住所	電話番号
生年月日	年 月 日（ 歳）
傷病名：	
紹介目的・既往歴及び家族歴・治療経過・検査結果・現在の処方等	

1. 必要がある場合は続紙に記載の上添付してください。
2. 貴院で使用されている様式をもって代替えされても差し支えありません。

<送付先> 〒320-8503 宇都宮市駒生町 3337-1

栃木県立リハビリテーションセンター 医事課 初診予約担当宛て
(TEL028-623-7254)