

診療情報提供書

紹介日 年 月 日

紹介先医療機関名：水海道さくら病院

紹介元医療機関名：

医師氏名：

患者氏名：	様
性別：	男・女
生年月日：	明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
住所：	〒

診断名	
紹介目的	嚥下検査入院
現在の処方	
備考	

