

診療情報提供書

年 月 日

高山赤十字病院

医療機関の

所在地

診療科名

科

名称

担当医

先生 御机下

電話番号

FAX (0577) -32-1165 (地域連携係)

FAX (0577) -32-1581 (夜間・休日)

診療科名

医師氏名

印

ふりがな		生年 月日	明・大・昭・平・令	性別	男・女
患者氏名			年 月 日 (歳)	ID	
住所		電話番号		職業	

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備考

注 1. 必要がある場合は、続紙に記載して添付して下さい。

2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。 (紹介先医療機関用)