

診療情報提供書

【紹介医療機関】

平成 年 月 日

〒960-0502

福島県伊達市箱崎字東 23 番地 1

北 福 島 医 療 セ ン ター

TEL 024-551-0551(代表)

024-551-0101(医療連携室)

FAX 024-551-0104(医療連携室)

所在地

T E L

医療機関名

医師名

科

先生

印

下記の患者様につきましてご依頼申し上げます。

ふりがな		生 年 月 日	職業
患者氏名	男・女	明・大・昭・平	
様		年 月 日 (歳)	

病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

病状経過・検査結果

治療経過

現在の処方及びアレルギー等

【持参資料】カルテ X-Pフィルム返却(要・不要) その他()返却(要・不要)