

診療情報提供書兼紹介状

玉名地域保健医療センター
FAX 0968 - 73 - 4919

担当医 _____ 科 _____ 先生(様)

下記患者様の診療情報をお知らせ致しますので、よろしくお願い申し上げます。
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関の
住所 及び 名称

TEL (_____) - _____ FAX (_____) - _____

医師氏名 _____ 印 _____

患者	フリガナ				
	氏名		職業		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生(_____ 歳) 男・女
	住所	TEL (_____) - _____			

今回の目的	<input type="checkbox"/> 診察依頼 <input type="checkbox"/> 検査依頼 <input type="checkbox"/> 入院依頼 <input type="checkbox"/> ご返事 該当項目にチェック	フィルムコピー	要・不要 (一部・全部)

傷病名

紹介目的の主旨

既往歴及び家族歴

症状経過・治療経過及び検査結果

現在の処方及び備考(患者に関する留意事項等)

診療情報提供書兼紹介状

玉名地域保健医療センター
FAX 0968 - 73 - 4919

担当医 _____ 科 _____ 先生(様)

下記患者様の診療情報をお知らせ致しますので、よろしくお願い申し上げます。
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関の
住所 及び 名称

TEL (_____) - _____ FAX (_____) - _____

医師氏名 _____ 印 _____

患者	フリガナ				
	氏名		職業		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生(_____ 歳) 男・女
	住所	TEL (_____) - _____			

今回の目的	<input type="checkbox"/> 診察依頼 <input type="checkbox"/> 検査依頼 <input type="checkbox"/> 入院依頼 <input type="checkbox"/> ご返事 該当項目にチェック	フィルムコピー	要・不要 (一部・全部)

傷病名

紹介目的の主旨

既往歴及び家族歴

症状経過・治療経過及び検査結果

現在の処方及び備考(患者に関する留意事項等)
