

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関

〒960-1101

福島県福島市大森字下原田25番地

社会福祉法人恩賜財団 済生会福島総合病院

TEL 024-544-5171(代表)

TEL 024-544-5171(地域医療連携室 内線227)

FAX 024-539-7696(地域医療連携室)

所在地

TEL

FAX

医療機関名

医師名

科

先生

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 (男・女)	
患者氏名			年 月 日 歳	
患者住所		TEL	() -	
		職業		
主訴・傷病名				
紹介目的				外来 入院
既往歴及び 家族歴				
病状経過及び検査結果・治療経過				
現在の処方				

〈資料〉

☐ カルテ ☐ X-P 返却(要・否) ☐ 他() 返却(要・否)