

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名
〒731-4311
広島県安芸郡坂町北新地2丁目3番10号

済生会広島病院

TEL (082) 820-1747
FAX (082) 820-1757

紹介元医療機関の所在地及び名称

所在地

医療機関名

電話番号

F A X

科 先生

医師氏名 印

患者氏名 様 性別 男・女

患者住所

電話番号

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 () 歳 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

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
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ください。