

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名

博愛病院

〒683-0853 米子市両三柳1880 ☎0859-29-1100 FAX0859-48-0376

担当医 _____ 科 _____ 殿

紹介元医療機関名

所在地

医師氏名

TEL

FAX

⑩

患者氏名	性別	男 ・ 女
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	職業	
患者住所	電話	

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. 必要がある場合は検査の記録を添付してください。