

診療情報提供書

<FAX 送信用>

年 月 日

医師の指定 ☐ 無

大曲厚生医療センター _____ 科 _____ ☐ 有 _____ 先生

紹介元医療機関 名 称 _____

紹介医師名 _____

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日
受 診 者 名	(旧姓: _____ 様)		明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (才)
住 所	電 話 ()		
傷病名又は主症状			
紹介目的 ☐ 診 察 ☐ 検 査			
既往歴及び家族歴			
現病歴及び現症 検査所見 治療経過等			
現在の処方			
治療後の患者様への対応について、先生のご意向があればお聞かせ下さい。 1. 継続して治療 2. その他 ()			