

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関

国立病院機構 福島病院

所在地

科 担当医様

医療機関

医師名

印

TEL

FAX

受診予定日 年 月 日 AM・PM 時頃

フリガナ

患者氏名

様

(男・女)

(明・大・昭・平)

年

月

日生

(才)

職業

TEL

傷病名

紹介目的

既往症

症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方

(※3枚目を地域医療連携室行FAX用紙としてご利用下さい。)