

# 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

⑩

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			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			