

診療情報提供書

(小松市民病院用)

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願いたします。

小松市民病院 _____ 科

担当医 _____ 医師

 予約希望日(/)

※予約状況により希望に添えない場合があります

医療機関名	
医師氏名	
所在地	
T E L	() -
F A X	() -

フリガナ				
患者氏名	様	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)	男・女
貴院 ID()				
現住所	〒		電話番号() - 携帯電話() -	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果、薬剤アレルギー、感染症等 (検査結果別添付… 無・有)
現在の処方

ご記載後、FAX 送信をお願いします。《送信先》小松市民病院地域医療支援室 FAX (0761) 22-7199
【お願い】

- (1)この FAX による送信は、宛先に記載された者のみによる使用を予定しております。
- (2)通信内容には、秘密情報を含む場合がありますので、宛先以外の者によるこの FAX の情報の使用、配布及び複製を禁じます。