

診療情報提供書

函館中央病院

平成 年 月 日

科 (紹介元医療機関)

先生行 住所

〒040-8585 函館市本町33番2号

名称

電話 (0138)52-1231

電話

FAX (0138)54-7520

FAX

医師名

印

フリガナ		性別	住 所	
患者氏名		男・女	電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	職 業		

傷病名	
紹介目的	[1.入院 2.転医 3.精査 4.手術 5.その他()]
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	添付資料(有・無) 添付資料有の場合返却の必要性(有・無) - P・CT・MRI・ECG・内視鏡フィルム・ECHO その他()

備考 1.必要がある場合は続紙に記載し添付して下さい。
2.必要がある場合は画像診断のフィルム 検査の記録を添付して下さい。