

# 診療情報提供書

年 月 日

## 北福島医療センター

紹介元医療機関の所在地および名称

担当医 科

先生

TEL・FAX

医師名

⑧

下記の患者様につきましてご依頼申し上げます。

ふりがな			生年月日	北福島 ID
患者氏名	様 (旧姓)	男女	M・T・S・H・R 年 月 日 歳	
連絡先	自宅電話番号 ( )		携帯電話番号 ( )	

傷病名	
紹介目的	
既往歴 家族歴	
病状経過 検査結果 治療経過	
現在の処方 アレルギー等	

※備考

- 宛先の医師名が不明の場合は、「外来担当医」と記載して下さい。
- 紹介の際は、画像・検査データ等を事前に「地域医療連携室」まで送付してください。
- 記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。