

診療情報提供書

(FAX 兼用)

年 月 日

紹介先医療機関

燕 労 災 病 院

地域医療連携室 行

科 FAX 0256-64-5232

先生

所在地

医療機関名

TEL

FAX

医師名

希望受診日時 年 月 日 () 時頃 登録医番号

いつもお世話になっております。このたび下記の患者様をご紹介しますので宜しくお願いいたします。

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平(西暦 年) 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住 所	新潟県 都・道 府・県	市 郡	TEL () -	
紹介目的 番号を で囲 んで下さい	1. 精査・診断 2. 治療 3. 手術 4. 入院 (開放病床 希望・未希望) 5. CT・MRI (単純・造影) 部位() 6. 病理診断 7. その他 ()			
病 名 (主 訴)				
病状経過 治療経過 検査結果 既往歴 (家族歴)				
持参資料	有・無 X線・CT・MR・内視鏡・超音波・心電図・その他() 返却: 要・不要			
当院受診歴	有・無	有の場合	年 月頃 ()科受診	

