

診療情報提供書 受診用 (FAX 送信用)

河北中央病院 医療サービス室宛 FAX 076-289-2188

科 _____ 先生 _____

受診予定日	年	月	日	時頃
-------	---	---	---	----

TEL	()
FAX	()
施設名 医師氏名	

記載日 平成 年 月 日

下記の患者様を紹介いたしますのでよろしくお願ひいたします。

* 診療情報提供書は受診時、本人が持参いたします。

フリガナ		明・大・昭・平
患者氏名	男・女	生年月日
住 所	〒	電話番号 ()

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状・治療経過及び検査結果等
留意事項 HBs 抗体・HCV 抗体・梅毒反応・MRSA・薬剤アレルギー・その他感染症