

診療情報提供書

【紹介先医療機関】



平松記念病院
地域医療連携室 宛

〒064-8536

札幌市中央区南22条西14丁目1-20

TEL(011)561-0708

FAX(011)552-5710

【紹介元医療機関】

医療機関名
所在地

医師名

電話番号

FAX番号

平成 年 月 日

患者氏名	ふりがな	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)		
		性別	男・女	職業	
患者住所	〒 - TEL() -				
希望医師	医師の指定は 無・有 (医師)				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来希望 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> その他()				
主訴または傷病名					
既往歴及び家族歴					
症状経過 治療経過 処方等					
備考					

*本紙にご記入の上、FAXでお送りください。受診日が決まりましたら「診察予約票」をFAXで返信します。

*記載欄が不足の場合は、別紙を添付してください。