

診療情報提供書

〒957-0124

新潟県北蒲原郡聖籠町蓮野5765-1

医療法人社団 葵会 新潟聖籠病院

平成 年 月 日

科

先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

所在地

名称

医師名

電話番号

FAX

※紹介先の医師名がご不明な場合は科名のみをご記入
いただくか、地域連携室までお問い合わせください。

地域連携室(直通)

TEL:025-256-1013 FAX:025-256-1267

大変恐縮ですが、当該診療情報提供書を当院地域連携室までFAXをして頂けますようお願い致します。

患者氏名		性 別	男 ・ 女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平	年 月	日 (歳)
		職 業	

主 訴 ・ 傷病名			
紹 介 目 的	☐ 入院 ☐ 転医 ☐ 精査 ☐ その他()		
既往歴及び家族歴			
病状経過及び検査結果			
治療経過・現在の処方(※コピーでも可)			
感染症 :	☐ HCV ☐ HBs ☐ MRSA ☐ 緑膿菌 ☐ ESBL ☐ その他()		
添 付 資 料	☐ X-P ☐ 心電図 ☐ 検査結果 ☐ その他()		
上記添付資料返却の必要性(有 ・ 無)			

備考 : 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
各医療機関で診療情報提供書を作成されている場合は、そちらをご利用ください。