

連絡先: 〒723-8512 三原赤十字病院 TEL 0848-61-3812・FAX 0848-64-8421(連携課直通)

＜FAX兼用＞



(患者紹介状)診療情報提供書

三原赤十字病院

年 月 日

科 先生 医療機関名

医 師 名

患者 殿(才) 所 在 地

下記のとおり紹介致します。

T E L

よろしく取り計らい願います。

F A X

1・傷病名 2. 紹介目的 3・既往歴 4・家族歴 5・症状経過 6・検査結果 7・治療経過 8・現処方