診療情報提供書

（入院・外来受診予約）

どちらかに○をつけて下さい。

南部郷厚生病院　地域連携室

FAX0250－58－8788

TEL0250-58-6111

南部郷厚生病院

平成　　年　　月　　日

科　　先生

フリガナ 患者氏名　　男 ・ 女 明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳） 住所 TEL	医療機関名 医師氏名　　印 TEL FAX

1. 傷病名　2. 紹介目的　3. 既往歴・家族歴　4. 経過・検査結果　5. 治療経過　6. 現在の処方　7. 備考

第一受診希望日　　月　　日（　　曜日）　　：　　頃

第二受診希望日　　月　　日（　　曜日）　　：　　頃