

診 療 情 報 提 供 書

年 月 日

社会福祉法人 康和会 久我山病院

担当科 _____ 科

医師名 _____ 先生

医療機関の
所在地及び
名 称
電 話 番 号
FAX 番 号
担 当 科 名
医 師 氏 名

印

患者氏名：	男・女 様	生年月日：明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
-------	----------	------------------------

紹介目的：

病 名	
既往歴及び 家族歴	薬物アレルギー（無・有）
病状経過及び 治療経過 検査結果	
現在の処方	
そ の 他	

- 備考
1. 宛先の医師名が不明の場合は、当該科外来担当医宛としてください。
 2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付してください。
 3. 記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。

添付画像フィルム

有・無