

診療情報提供書

〔紹介先医療機関名〕

〒292-8535 木更津市桜井1010番地
 国保直営総合病院 君津中央病院
 TEL0438-36-1071(代表) FAX0438-36-0399(患者総合支援センター)

担当科 科
 担当医 先生

〔紹介元医療機関の所在地及び名称〕

住所
 名称
 TEL

FAX

医師名

印

患者	氏名	様	性別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日(歳)	職業
	住所	TEL		
【傷病名】				
【紹介目的】				
【既往歴及び家族歴】				
【症状経過・検査結果・治療経過】				
【現在の処方・備考】				