

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

担当科

科

国保直営総合病院 君津中央病院

TEL 0438-36-1071(代表) FAX 0438-36-0399(地域連携室)

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 | 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】 | | | | | |