

●様式1

診 療 情 報 提 供 書

国家公務員共済組合連合会

平成 年 月 日

斗 南 病 院

科 担当医

先生 代 表 011-231-2121
医療連携室 011-231-2182

下記患者についてよろしく申し上げます。

医療機関の所在	
及 び 名 称	FAX
電 話 番 号 (— —)	
医師・歯科医師氏名 _____ (印)	科名 _____ 科 _____
予約年月日 平成 年 月 日 (曜)	午前・午後 時 分
フリガナ	
患 者 氏 名 _____ 様	電 話 _____ 性別 男・女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 生 (.)	
紹介目的 1. 受診 (外来・入院) 2. 検査 3. 手術 4. その他 ()	
傷病名	
既往症	
家族歴	
症状経過、治療経過及び検査結果	
食物・薬剤アレルギー (無・有)	
現在の処方 _____	備考 _____
添付資料	返 却
フィルム () ・ ECG ・ US ・ 検査成績	要 ・ 否

備考・・・1. 必要がある場合は画像フィルム、検査記録等を添付してください。

FAX 011-231-2185