

# 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関  
公益財団法人 会田病院

紹介先医療機関 様  
所在地

科 先生

貴院名

受診予定日： 月 日 ( )

担当科 \_\_\_\_\_ 科

AM・PM 時頃

医師名 \_\_\_\_\_ 先生

会田病院受診歴： 有 ・ 無 ・ 不明

電 話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_ ふりがな： \_\_\_\_\_  
患者住所： \_\_\_\_\_  
電話番号： \_\_\_\_\_ ( ) 性別： 男 ・ 女  
生年月日： 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)

傷 病 名

紹 介 目 的

既往及び家族歴

症状経過及び検査結果

治 療 経 過

現在の処方

備 考

添付資料 無 ・ 有 ( ) ※返却 要 ・ 不要

※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。

※患者様には、「診療情報提供書」及び保険証をご持参の上、来院されますようお願いください。

公益財団法人会田病院 地域連携室 Tel：0248-42-2176 FAX:0248-42-2276

Tel：0248-42-2121 (代表)