(紹介元医療機関控)

令和　　年　　月　　日

診療情報提供書

紹介先医療機関

〒649-3510

和歌山県東牟婁郡串本町サンゴ台691-7

TEL 0735-62-7111　FAX　0735-67-7200

くしもと町立病院　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　住　所

ＴＥＬ

紹介先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな |  | 生年月日 | 男・女 |  |
| 患者氏名 |  | 明・大・昭・平　　　年　　月　　日生　（　　　）歳 | |
| 患者住所 | （〒　　　　　　）　　　　　　　　　電話 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1.傷病名 |  |
| 2.紹介目的 |
| 3.既往歴及び家族歴 |
| 4.症状経過・治療及び検査結果等 |
| 5.現在の処方 |
| 6.薬物アレルギー　無・有(　　　　　　　　　)　　感染症　　無・有(　　　　　　　　　　) |
| 7.備考 |

**くしもと町立病院　地域医療連携室　　FAX 0735-62-5588　　TEL 0735-62-7878**