診　療　情　報　提　供　書

令和　　年　　月　　日

日 野 市 立 病 院

紹介元医療機関の名称・所在地

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生　　医師名　　印

ＴＥＬ

受診希望日　　月　　日（　　）　　ＦＡＸ

下記のとおり患者様の診療情報を提供いたします。

ふりがな 患者氏名		性別	男・女	生年月日	大・昭 平・令	年　月　日生(　歳)
住　所					電話番号	－　－
傷病名 (症状)						
紹介目的						
既往歴 及び 家族歴						
病状経過 治療経過 及び 検査結果						
現在の 処方						
添付資料	□画像　□心電図記録　□血液検査結果　□看護サマリー等 □その他(　　)					
備　考						

市立病院連携係 TEL042-581-2741　FAX042-506-2965