

診療情報提供書

令和 年 月 日

鈴鹿回生病院附属クリニック

診療科 _____ 科

担当医 _____

紹介元医療機関の
所在地及び名称

〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町字保子里112-2 電話番号

TEL:059-375-1155(代)

診療科

医療連携室 TEL:059-375-1331

医師名

印

FAX:059-375-1335

フリガナ		性別	男・女	職業	
患者氏名					
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)				
住所	〒 -	自宅電話番号	()	-	
		携帯電話番号			

傷病名 (主訴又は病名)			
紹介目的			
既往歴及び 家族歴			
症状及び治 療経過			
検査結果			
処方内容			
備考			
受診予定日	年 月 日	FAX枚数(発信紙含む)	枚

- 注) 1. 記入欄不足の場合は続紙を添付して下さい。
2. 必要に応じて画像診断フィルム、検査記録等を添付して下さい。