

診療情報提供書 受診用(FAX送信用)

公立羽咋病院 医療サービス推進室宛 FAX 0767-22-0736

_____科 _____先生

受診予定日	年 月 日 時頃
開放病床	I型入院希望 有・無

TEL	()
FAX	()
施設名	
医師氏名	

記載日 平成 年 月 日

下記の患者様を紹介いたしますのでよろしくお願いいたします。

* 診療情報提供書は受診時、本人が持参いたします。

フリガナ		明・大・昭・平
患者氏名	男 女	生年月日
住所	〒	電話番号 ()

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状・治療経過及び検査結果等

留意事項 HBs抗体・HCV抗体・梅毒反応・MRSA・薬剤アレルギー・その他感染症