

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先
町立長沼病院

科

医師

〒069-1332
夕張郡長沼町中央南2丁目2番1号
地域連携室
TEL 0123-88-2582(直通)
FAX 0123-88-2586

紹介元
医療機関
の所在地
及び名称
TEL
FAX

医師氏名

印

患者	フリガナ		町立長沼病院 受診歴	1. 有	2. 無
	氏名	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
	住所	〒			
	電話番号	() -	職業		

診断名

紹介目的

既往歴及び家族歴

薬物アレルギー(有・無)

経過及び検査結果

現在の処方