

診療情報提供書

紹介先医療機関
呉医療センター・中国がんセンター
〒737-0023
広島県呉市青山町3番1号

年 月 日

科
先生 御侍史

施設名
〒
住所

TEL / FAX

診療科
医師名

科



患者氏名		フリガナ				
生年月日		年齢		性別		
住所					TEL	

患者様を紹介・情報提供させていただきます。宜しくご高配の程お願い申し上げます。

傷病名	
紹介目的	
既往歴 家族歴	
症状経過 検査結果 治療経過 など	
現在の 処方	
備考	