年　　月　　日

**診療情報提供書**

大森赤十字病院

℡03-3775-3676（直通）　FAX03-3775-3653（直通）

　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当するものに○印をしてください。1.外来診療　　　2.入院診療 |  | **医療機関名** |  |
| **所在地** |  |
| **TEL** |  |
| **FAX** |  |
| **医師名** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **予約時間** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |  | **時** |  | **分** |
| **患者氏名** |  | **様** |  |  | **年** | 　 | **月** |  | **日生** | **男・女** |
| **主訴・病名・紹介目的** |
|  |
| **症状・経過・治療・検査結果・処方など** |
|  |
| **添付資料** | 返却 |
| フィルム | （　　　　枚） | ・ECG・US・検査結果 | 要・否 |
| **（備考）** |
|  |