

年 月 日

診療情報提供書

大森赤十字病院

TEL03-3775-3676 (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 フィルム (枚) ・ ECG ・ US ・ 検査結果					返却 要・否	
(備考)						