

記載日: 令和 年 月 日

紹介医 鳥取市立病院

診療情報提供書

鳥取市立病院
〒680-8501 鳥取市的場1丁目1番地
TEL 0857-37-1526

紹介医療機関の所在地・名称

科 先生

医師名: 印

フリガナ		男・女	生年月日	M・T・S・H
患者氏名				年 月 日生 (歳)
住所	〒	電話番号	()	
紹介の目的	(紹介後の方針に関する希望)			
主訴 及び 傷病名				
既往歴 及び 家族歴	(嗜好)	薬物アレルギー (有・無)		
病状経過 及び 治療経過 検査所見				
現在の処方 その他 特記事項				
備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入下さい。 2. 必要がある場合は、レントゲンフィルム、検査の記録等を添付してください。 3. 封書には宛先をご記入下さい。				