

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

山陰労災病院

〒683-8605 米子市皆生新田1-8-1 ☎0859-33-8189 FAX0859-35-4348

担当医 _____ 科 _____ 殿

紹介元医療機関名
所在地

医師氏名

印

(電話番号)

患者氏名	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日 ()歳 職業
傷病名	住所	TEL
紹介目的		
既往歴及び家族歴		
症状経過及び家族歴		
治療経過		
現在の処方		
備考		

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。