



診療情報提供書

平成 年 月 日

(紹介先)
国立病院機構東佐賀病院 地域医療連携室

TEL : (0942) 94-2058

FAX : (0942) 94-3748

代表 TEL (0942) 94-2048 内線 (226・349)

科

医師

(紹介元)
医療施設名

医師名

TEL () -

FAX () -

(フリガナ) 患者氏名	男 女	生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)
傷病名 (主訴)		
紹介目的: 1. 受診依頼 (入院・外来) 2. 手術依頼 3. 検査依頼		
〔既往歴及び家族歴・症状経過・検査結果・治療経過 等〕		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
食物・薬物アレルギー (有 ・ 無)		
現在の処方		
備 考 (特異体質、禁忌、注意事項など)		

国立病院機構東佐賀病院受診歴 (有 ・ 無)

資料持参 ・ 有 (X線フィルム・内視鏡フィルム・その他)

・ 無