**　　　診療情報提供書** 令和　 年　 月 　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (紹介先) |  | (紹介元) |
| **国立病院機構東佐賀病院　地域医療連携室** |  | **医療施設名** |
| **TEL：(0942) ９４－２０５８** |  |  |
| **FAX：(0942) ９４－３７４８** |  | 医師名 |
| 　**代表 TEL (0942) ９４－２０４８　内線（226・349）** |  | TEL (　　　　)　　　　　－ |
| 　　　　　　　　科　　　　　　　　　 医師 |  | FAX (　　　　)　　　　　－ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (フリガナ)患者氏名　 | 性別男・女 | 生年月日（明・大・昭・平・令）　　 　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〕 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 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・CD-R・その他　）

　　　　　・　無