

# ①診療情報提供書

平成 年 月 日

医療法人 医理会 柿添病院

所在地

医療機関名

TEL

FAX

主治医名

科担当医行

ご希望の医師がいましたら、下記にご記入ください

フリガナ 患者氏名	男 女	生年月日 T・S・H 年 月 日	( 歳)
住所	TEL		

主病名	告知：未・済（本人・家族）
副病名	
紹介目的	
症状・経過	
既往歴	
処方内容	
備考	

予約を取る際にはまず地域医療連携室へご連絡ください。  
TEL:0950-23-2151(代表) FAX:0950-23-3103(連携室直通)