

診療情報提供書

〒335-0001

埼玉県蕨市北町 1-24-5

医療法人敬寿会 わらび北町病院

先生

紹介医療機関名 :

医師氏名 :

住所 :

TEL :

下記患者を紹介します。

フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	受診歴	有・無
住所	〒		
電話番号			

傷病名	
紹介目的	

既往歴・症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方 等々

※記入欄が不足する場合は、別紙を添付してください。(様式は問いません)

大変恐縮ですが、当該診療情報提供書をわらび北町病院までFAXをして頂けると幸いです。

FAX : 048-431-6935