

診療情報提供書

年 月 日

徳島赤十字病院

小松島市小松島町字井利ノ口103番

【紹介元医療機関】

住所

医療機関名

科

医師

医師氏名

(TEL)0120-503-743(病診連携係直通)

TEL () -

(FAX)0120-308-739(病診連携係直通)

FAX () -

フリガナ

患者氏名

様 ・ 性別 男 ・ 女

患者住所

TEL

生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)

(傷病名)

(紹介目的)

(アレルギー等診療上の特記事項)

(症状及び治療経過、検査結果、その他)

(現在の処方)