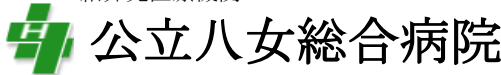


診療情報提供書

平成 年 月 日

〒834-0034 福岡県八女市高塚540番地2
TEL (0943)23-4131
FAX (0943)22-6929 (医療連携室)
FAX (0943)22-5254 (診療支援課)

紹介先医療機関



紹介元医療機関の所在地・名称

科 先生

医師名 印

患者氏名

明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 男・女

傷病名

紹介目的

既往歴

薬物アレルギー 無・有 ()
感染症 無・有 ()

病状経過及び検査結果

現在の処方

備考

貸出資料
フィルム 枚