

診療情報提供書（診察用）

公立高島病院 宛

平成 年 月 日

医療機関名称		TEL ()
住 所		FAX
医 師 名		()

フリガナ		生年月日：M・T・S・H
患者氏名		年 月 日生
住 所		性 別： 男 ・ 女 （ 才 ）
		TEL： ()

患 者 診 療 情 報

受診科名：	希望医師名：
	(希望医師の指定があればご記入ください)
主訴または病名：	感染症（有・無）MRSA・HCV・HB・TPHA・その他（)
紹介目的：	<input type="checkbox"/> 検査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他
現症状と治療経過	
希望事項：（紹介後の方針に関する希望）	
現在の処方：	
【予約希望日】 第1希望日 平成 年 月 日 () 第2希望日 平成 年 月 日 ()	【当院受診歴】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
【予約結果】 * 予約時間の10分前に来院していただき、保険証と紹介状を正面玄関入って右手の「中央受付」にご提示ください。	
予約日時 平成 年 月 日 () 時 分	

〒992-0351 山形県東置賜郡高島町大字高島386番地

公立高島病院 医療連携・病床管理室 TEL 0238-52-1500（内線：6940）
 FAX 0238-52-5412