

診療情報提供書（診察用）

公立高畠病院 宛

令和 年 月 日

紹介医療機関名称		TEL ()
住 所		FAX
医 師 名		()

フリガナ		生年月日：M・T・S・H・R
患者氏名		年 月 日生 (才)
		性 別： 男 ・ 女
住 所		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】	【当院受診歴】
第1希望日 令和 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 有
第2希望日 令和 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 無

〒992-0351 山形県東置賜郡高畠町大字高畠386番地

公立高畠病院 医療連携相談室 TEL 0238-52-1500 (内線:6940)

FAX 0238-52-5412