診療情報提供書（FAX患者紹介）

紹介先　長野松代総合病院（　　）科　　年　月　日

担当医（　　）先生

送信先　病診連携室（FAX受付）　　**紹介元医療機関**

FAX ０２６－２７８－７９８３　　所在地・TEL

TEL ０２６－２７８－２０３１　　医師氏名　　印

患者	フリガナ		生年月日 明・大・昭・平　年　月　日	男・女
	氏　名			
	住　所			
	ＴＥＬ①		－	－
	ＴＥＬ②	日中（9:00～17:00）のご連絡先 ※携帯・職場等ご記入願います。	携帯 －　－ 職場 －　－	
傷病名				
紹介目的				
既往歴				
病状経過 検査結果 治療経過 処方状況				

【希望日】　□本日（緊急）　（来院方法：□救急車　□自家用車）

□予約希望日　　月　　日

※ご希望にそえない場合もありますが、善処させていただきますので、よろしくお願いいたします。

018.4.　2×50×30