診療情報提供書

必ず紹介患者受付経由でお願いします

(紹介患者受付)
高 知 赤 十 字 病 院
電話 871-3607･FAX 822-1468
TEL 0120-71-3607
FAX 0120-71-3608

高 知 赤 十 字 病 院

担当医　　科　　殿

平 成　　年　　月　　日

医療機関の名称・所在地

電　話
ＦＡＸ
医師名　　㊞

患者	氏　名		職業	
	生年月日	明･大･昭･平　　年　　月　　日（　　才）男・女		
紹介目的				
患者に関する留意事項		(薬物アレルギー等)		
受診予定日		月　　日		
患者返送（必ずご記入下さい）		1) 検査・診断後直ちに返送を希望する 2) 治療後適当な時期に返送を希望する 3) 今後、貴院での治療を希望する		

診断名または主訴

病歴・診療状況・検査成績・処方・その他

＊