

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
令和 年 月 日

医療機関の名称・所在地

電話
FAX
医師名



患者	氏名	職
	生年月日	業
紹介目的		明・大・昭・平・令 年 月 日 (才)男・女
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		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
[必ずご記入下さい]		

診断名または主訴

病歴・診療状況・検査成績・処方・その他