

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

(紹介先医療機関名)

(紹介元医療機関名)

## 北星記念病院

住 所

〒090-0837 北見市中央三輪2丁目302-1

TEL(0157)51-1234(代) FAX(0157)51-1230

医療機関名

(脳神経外科・歯科口腔外科・循環器科)

電話 ( ) -

\*診療科に○印を付けて下さい

FAX ( ) -

行 医 師 氏 名

患者氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( 歳)

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考