

## 診療情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名  
芳賀赤十字病院医療機関の  
名称及び所在地  
電話番号  
F A X  
医師

先生

患者氏名	様	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	男・女
患者住所				電話番号
紹介目的	入院・転医・精査・手術・その他 ( )			
病名 (主訴)				
既往歴 家族歴 病状経過 検査所見 治療経過				
	薬剤アレルギー (無・有 ) 感染症 (無・有 )			
現在の処方				
添付資料	無・有 [フィルム(X-P・CT・MRI)・CD-R(CT・MRI)・ECG・検査データ・その他( )]			返却 要・不要
備考				