

診療情報提供書

開放病床制度希望の有無 有・無

平成 年 月 日

紹介先医療機関名 独立行政法人 米子医療センター
国立病院機構
〒683-8518 米子市車尾4-17-1 ☎0859-33-7111 FAX0859-37-3931

担当医 _____ 科 _____ 殿

紹介元医療機関名
所在地
医師氏名

㊞

T E L

F A X

患者氏名 _____ 様	性別 男・女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	職業 _____
傷病名 _____	住所 _____
	TEL _____
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 _____	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。 (控)
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。