

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
国立病院機構 米子医療センター
〒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

印

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。
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。 (控)