

診 療 情 報 提 供 書

年 月 日

春日部市立医療センター

医療機関名 _____

希望診療科 _____ 科 所在地 _____

担当医 (_____ 先生 御侍史) _____

※担当医はご希望がある場合のみご記入ください

電話番号 ()

※別の医師の診療となる場合がございます

FAX番号 ()

医師氏名 _____ 印 _____

フリガナ		性別	住 所
患者氏名	様 旧姓 ()	男・女	〒
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	電話 番号	自 宅 () 携 帯 ()
春日部市立医療センター受診歴 無 ・ 不詳 ・ 有 (I D)			

傷 病 名	
紹介目的	☐ 精査 ☐ 加療 ☐ 入院 ☐ 転院 ☐ その他 ()
既往歴・ 家族歴	
症状経過・ 検査結果・ 治療経過等	
現在の処方	
備 考	

※必要がある場合は検査結果、画像診断のフィルム等を添付してください（データ等の保存媒体含む）