**診 療 情 報 提 供 書**

**年　　　　月　　　　日**

【紹介元医療機関】

住所

医療機関名

医師氏名

TEL　（　　　　　　）　　　　　　　－

FAX　（　　　　　　）　　　　　　　－

**徳島赤十字病院**

小松島市小松島町字井利ノ口１０３番

　　　　　　　　 　科　　　　　　　　　　　医師

（TEL）0120-503-743(病診連携係直通)

（FAX）0120-308-739(病診連携係直通)

|  |
| --- |
| フリガナ  患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　・　　　　　　性別　　　男　・　女  患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ  生年月日　　明　・　大　・　昭　・　平 ・ 令　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　　歳） |
| （傷病名） |
| （紹介目的） |
| （アレルギー等診療上の特記事項） |
| （症状及び治療経過、検査結果、その他） |
| （現在の処方） |