

診療情報提供書

年 月 日

一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院

〒965-8585 福島県会津若松市山鹿町3番27号

地域医療連携課 TEL (0242)-29-9832

FAX (0242)-29-9803

医療機関名

所在地

医師名

電話

科 御中

殿

患者名	性別	生年	月	日
ふりがな	男 女	明・大・昭・平・令		
		年	月	日 (才)
住所	電話 - -			
保険証	記号:	番号:	当院受診歴: 有・無	

※下記の欄にご記入くださいますようお願いいたします。

傷病名及び 紹介目的	
既往歴 家族歴	
症状経過	
検査結果 治療経過	
現在の処方	
備考	<input type="checkbox"/> 受診予約日 年 月 日()曜日 午前・午後 時 分 予約 (済・未) <input type="checkbox"/> 予約日未定 患者様が予約の電話を入れます