**診療情報提供書**

年　　　月　　　日

**竹田綜合病院**

**救急室**　　　担当医　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話

|  |
| --- |
| ふりがな  患者氏名  患者住所  電話番号  生年月日　　　　明・大・昭・平・令　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　歳） |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

一般財団法人　竹田健康財団竹田綜合病院

〒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 夜間休日：救急室対応　ＴＥＬ（0242）29-9911

　　　　　　　　ＦＡＸ（0242）29-9803　　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ（0242）29-9912