

診療情報提供書

年 月 日

竹田総合病院

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

夜間休日：救急室対応

TEL (0242) 29-9911

FAX (0242) 29-9912