

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 暦 家 族 歴	
症 状 経 過	
検 査 結 果 治 療 経 過	
現在の処方	
備 考	☐ 受診予約日 年 月 日()曜日 午前・午後 時 分 予約(済・未) ☐ 予約日未定 患者様が予約の電話を入れます