診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

（紹介先）

国立病院機構東佐賀病院　地域医療連携室

直通 TEL・FAX (0942) 94－3748
代表 TEL(0942) 94－2048 内線(226・349)

科　　医師

（紹介元）

医療施設名

医師名

TEL（　　）　　－
FAX（　　）　　－

（フリガナ） 患者氏名	男 女	生年月日（明・大・昭・平） 年　月　日（　歳）
傷病名（主訴）		
紹介目的 ： 1．受診依頼 （ 入院 ・ 外来 ）　2．手術依頼　3．検査依頼		
〔 既往歴及び家族歴 ・ 症状経過 ・ 検査結果 ・ 治療経過 等 〕 食物 ・ 薬物アレルギー （ 有 ・ 無 ）		
現在の処方		
備　考 （特異体質、禁忌、注意事項など）		

国立病院機構東佐賀病院受診歴 （ 有 ・ 無 ）
資料持参 ・ 有 （ X線フイルム ・ 内視鏡フイルム ・ その他 ）
　　・ 無