

診療情報提供書（紹介状）

FAX 0476-93-1172

年 月 日

成田富里徳洲会病院

科
医師 宛

紹介元医療機関：

所在地：

TEL：

FAX：

医師名： 科 印

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日
住所		電話番号	
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、治療経過など			
現在の処方			

成田富里徳洲会病院

TEL：0476-93-1001(代表)

TEL：0476-85-5166(病診連携直通)