

※診療情報提供書がご準備できましたら、地域医療連携室にFAXください。

診療情報提供書(紹介状)

徳島県鳴門病院
地域医療連携室宛

(紹介元) 令和 年 月 日

希望診療科

科

医療機関

医師名

先生

医師

(医師の指定がある場合は記載願います)

電話

診療予約

 済 未(調整中)

FAX

生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
フリガナ			
患者氏名			歳
現住所	〒 TEI ()		
紹介目的			
傷病名・症状経過及び治療経過			
内服処方・採血や検査結果等、添付可能な診療内容も併せて情報提供ください			