

診療情報提供書

紹介先医療機関名

さいたま赤十字病院

さいたま市中央区上落合8-3-33

TEL 048-852-1111

FAX 048-852-1132

平成 年 月 日

医療機関名・所在地

科 先生

受診希望日 月 日() 時頃

・さいたま赤十字病院受診歴(有・無・不明)

科 医師名

印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒	TEL ()		
病名				
紹介目的				
既往歴				
病状経過 治療経過 検査結果				
現在の処方				

資料持参(無・有……レントゲンフィルム・心電図記録・検査記録)

さいたま赤十字病院提出用