

診療情報提供書

紹介先医療機関名

さいたま赤十字病院

さいたま市中央区新都心1-5

TEL 048-852-1111

FAX 048-852-1132

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・令 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