

診療情報提供書(オープン用)

必ず地域医療連携室経由でお願いします

高知医療センター

(地域医療連携室)

電話 088-837-6700

FAX 088-837-6701

※夜間・休日・時間外 (救命救急センター外来)

FAX 088-837-6798

高知医療センター

担当医 科 様

年 月 日

医療機関の名称・所在地

電話

FAX

医師名

(印)

患者さん	氏名				
	生年月日	☐ 明治 ☐ 令和	☐ 大正 年	☐ 昭和 月	☐ 平成 日 (歳)
		☐ 男 ☐ 女			
紹介目的		☐ 診断 ☐ 治療 ☐ 検査 ☐ 入院 ☐ 予備紹介 その他 			
受診予定日		年 月 日			
患者返送		☐ 検査・診断後直ちに返送を希望			
		☐ 治療後適当な時期に返送を希望			
		☐ 今後、貴院での治療を希望			

傷病名又は主訴

病歴、病状及び治療経過及び検査結果

現在の処方

薬物アレルギー等 ☐有 ☐無

薬品名 []

備考