

年 月 日

FAX: 029-855-1488

地域医療連携室 行 FAX専用

診療情報提供書(紹介状)

筑波メディカルセンター病院

紹介医療機関

科

所在地 〒 -

担当 先生

名称

予約 平成 年 月 日() :

氏名

ふりがな 患者氏名	男・女	明・大・昭・平成 年 月 日(歳)
住 所	TEL	

紹介目的			
主訴 ・ 傷病名			
既往歴 及び 家族歴			
病状 及び 検査結果			
治療経過 処方			
備考			
入院時 共同診療希望	有 ・ 無	退院時指導の連絡	有 ・ 無