令和　　年　　月　　日

診療情報提供書

〒283-8686
千葉県東金市丘山台三丁目6番地2
地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター
東千葉メディカルセンター
TEL:0475-50-1199（代表）
FAX:0475-50-1334（地域医療連携室）

住所　〒　　－

医療機関名

医師名　　（印）

TEL:　（　　）　　－

FAX:　（　　）　　－

　　科　　先生

フリガナ 氏名	様	生年月日	☐大正 ☐昭和 ☐平成 ☐令和	年　月　日（　歳）	性別	☐男 ☐女	
住所	〒　　－						
連絡先	電話番号		携帯番号				

傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
病状経過 検査結果 治療経過	
現在の処方	
備　考	添付資料 ☐有　☐無し　☐CD-ROM等 ☐X-P ☐ECG ☐内視鏡フィルム ☐検査データ ☐その他