

# 診療情報提供書

紹介先医療機関名

年 月 日

公立藤岡総合病院

科

先生

紹介元医療機関

診療及び検査希望

月 日 ( ) 午前・午後

月 日 ( ) 午前・午後

医師氏名

※ 公立藤岡総合病院受診歴 (無・有 患者No. )

フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢
患者氏名		男・女	大・昭 平・令 年 月 日	才
住 所	市町村	番地	電 話	— —

診断名 (傷病名)

薬剤アレルギー (無・有 )
感染症 (無・有 )

症状及び

治療経過

検査結果

等

添付資料	有・無 (X-P・CT・ECG・検査データ・内視鏡フィルム)	返 却
	その他 ( )	要・不要
備 考		

公立藤岡総合病院  
〒375-8503 群馬県藤岡市中栗須813番地1  
TEL 0274-22-3311(代表)

患者支援センター(直通)  
TEL 0274-22-6039  
FAX 0274-24-7002