

# 診療情報提供書

紹介先  
医療機関名



独立行政法人 地域医療機能推進機構

熊本総合病院

平成 年 月 日

診療科 \_\_\_\_\_ 科

担当医 \_\_\_\_\_ 医師

紹介元  
医療機関名

御紹介医師

印

ふりがな		性別
患者氏名		
生年月日	年 月 日生 ( 歳)	
傷病名又は主訴		
紹介目的		
既往歴	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり	
現病歴・検査所見・治療経過		
現在の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
備考		

外来受付時間 平日 AM8:30~11:00 (ただし、急患はこの限りではありません)

TEL 0965 (32) 7111 (代表)

FAX 0965 (34) 2530 救急外来 (休日・夜間の救急対応)

FAX 0965 (32) 7207 医療連携室 (平日のAM8:30~PM5:00)

FAX 0965 (32) 7133 医事課 (平日のAM8:30~PM5:00)