

# 紹介状・診療情報提供書

年 月 日

新座志木中央総合病院

〒352-0001

埼玉県新座市東北一丁目7番2号

TEL(048)474-7211

FAX(048)486-6016

医療機関の名称

所在地

電話番号

緊急連絡先

F A X

診療科医師氏名

科

担当医 殿

※宛先医師が不明の際は科名のみご記入ください。

印

ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	年 月 日 (才)
傷病名	
症状経過及び検査結果・治療経過等をお書き下さい。	
現在の処方	