診療情報提供書

社会医療法人鴻仁会
岡山中央病院

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

〒700-0017　岡山市北区伊島北町6-3
地域連携室　直通
TEL（086）252-5002
FAX（086）252-3929

年　　月　　日

紹　介　元
医療機関名

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿　印

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	大・昭・平・令 年　月　日（　才）

主訴または傷病名	
紹介目的	□外来診察　□入院治療　□その他　開放病床の希望（有・無）
既往歴 家族歴	薬物アレルギー（　無・有　）
症状・治療経過 検査所見	
現在の処方	
備考	