

年 月 日

診療情報提供書(紹介状)

長野県厚生農業協同組合連合会

浅間南麓こもろ医療センター

〒384-8588 長野県小諸市相生町三丁目-3番21号

TEL 0267-22-1070(代) 内線5105

FAX 0267-22-7202(連携室 直通)

所在地

医療機関名

T E L

F A X

科・医師名

科

医師

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令・西暦			年齢
氏名				年	月	日生	歳
住所	〒			電話	自宅		
					携帯		

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 検査 (CT・MRI・その他〔 〕)
希望日	
不都合日	
待機状況	患者さんは、 <input type="checkbox"/> 院内でお待ちです(お返事早く) <input type="checkbox"/> ご帰宅されています(お返事急ぎません)

傷病名	
治療経過	
現在の処方	
備考欄	

浅間南麓こもろ医療センター様式 2025.0101

※貴院の所定の診療情報提供書を使用させていただいて構いません

※必要がある場合は画像診断のデータ、検査の記録を添付してください