

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

TEL

FAX

科・医師名

科

医師

※貴院様式の診療情報提供書と一緒に送っていただく場合、氏名以外の重複する患者基本情報については省略いただいて構いません

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	☐ 診療 ☐ 検査（CT・MRI・その他〔 〕）
希望日	
不都合日	
待機状況	患者さんは、 ☐ 院内でお待ちです(お返事早く) ☐ 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	

※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