

診療情報提供書

年 月 日



地方独立行政法人 茨城県西部医療機構

茨城県西部メディカルセンター

Ibaraki Western Medical Center

〒308-0813 茨城県筑西市大塚555

電話 0296-24-9111

FAX 0296-24-9171

紹介医療機関の

所在地

名称

電話番号

医師氏名



科 先生

患者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
住所 電話番号	☎ ()		
【傷病名】			
【紹介目的】			
【経過】			
【現在の処方・備考】			