高崎総合医療センター提出用

診療情報提供書

年　　月　　日

独立行政法人
国立病院機構 高崎総合医療センター　　科　　先生

所　在　地
医療機関名　　科
TEL
FAX　　医師　　印

患者氏名 生年月日	性別　男・女 明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）
受診予定日	年　　月　　日
傷病名・主訴	
紹介目的	
既往歴・家族歴	
症状経過及び検査結果	
現在の処方	
添付書類等の内容	