

診療情報提供書（紹介状）

FAX 092-771-9984 TEL 092-771-6361

〒810-0023 福岡市中央区警固1丁目8-3

医療法人 AGIH 秋本病院

医師宛

地域医療連携担当部署（企画室 MSW）

内線 714

(紹介元)
医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師名
⑩

ふりがな 患者氏名	様 性別 男・女			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳			
患者住所	TEL			
医療保険	保険者番号		記号番号	
公費負担	負担者番号		受給者番号	
老人医療	市町村番号		受給者番号	
診断				
経過概要				
現在の処方				
薬物アレルギー 感染症等				

- 備考 1. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録等を添付してください。
2. 記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。