

診療情報提供書

(外来受診)

年 月 日

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター

担当医 科 殿

住 所

医療機関名

医師名 印

電 話 () - Fax () -

紹介患者	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	大・昭・平 年 月 日	性別	男・女
	住 所			
	電 話	() -		
受診希望日時	月 日 (曜日)	時	分	
傷 病 名		当院受診履歴	あり・なし	
紹介目的				
病状経過				
治療経過				
現在の処方				

保険証情報は保険証またはカルテ表書きの FAX でも結構です。

被保険者氏名		保険者番号							
記号・番号		・						本・家	
事業所又は保険者名									
老人保険番号		・						割	
公費等記号番号		・							

この診療情報提供書に記載されている個人情報は、紹介目的のために使用し、他の目的には利用しません。
四国がんセンターからの報告書が不要な場合のみ、レ点をご記入ください。 報告書不要

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 地域医療連携室
Fax (089) 999-1115
Tel (089) 999-1201