

診療情報問合せ用紙

別府医療センター
地域医療連携室 行
TEL 0977-67-1111(内線275)
FAX 0977-67-2306

平成 年 月 日

以下の、患者様診療情報をお送り下さい。

フリガナ		男・女	生 年 月 日	年 齡
患者様氏名			明 大 昭 平	歳
			年 月 日	歳
患者様住所	〒 -			
備 考				

診療情報提供書

薬剤情報

手術記録

その他 ()

この用紙に必要な事項をご記入の上、FAXで別府医療センター地域医療連携室 (FAX 0977-67-2306) へお送り下さい。ご送付させていただきます。

依頼元医療機関

医療機関名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

担当者ご氏名 _____