

診療情報提供書

年 月 日

佐世保中央病院

所在地

科

医療機関

宛

医師名

TEL/FAX

フリガナ 患者様氏名	TEL
様	御住所
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 男	
女	

傷病名・紹介目的

①既往歴及び家族歴

②症状経過及び検査結果

③治療経過

④処方内容

地域医療連携センター専用FAX番号 0800-7000-070

- 診療のご予約はどちらからなされますか？ 貴医療機関より 患者様ご自身
- 貴医療機関でのご予約の場合、患者様用予約券のFAXは必要ですか？ 必要 不要
- 外来受診 診察希望日 (月 日) 希望日無し
- 希望診療科 (科) 希望医師 (医師)

※ 循環器内科へご紹介いただく際は、心電図も一緒にFAXをお願い致します

★ 救急受診（緊急時）は直接救急外来（0956-33-5332）にご連絡ください。
救急車にて搬送ですか？ はい いいえ