

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	TEL
患者様氏名	御住所
様	
男	
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 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	
患者・地域連携サポートセンター専用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	