

診療情報提供書

年 月 日

医療法人社団 松和会
池上総合病院

医療機関の
所在地

TEL:03(3752)3151 (代)・9911 (連携室)

医療機関名

FAX:03(5747)1061 (連携室)

(TEL・FAX)

科

.....
医師名

.....
医師名

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女
------	--	------	--------------------	-----

・池上総合病院の受診歴はありますか。 (有 ・ 無)

紹介目的	
	(病状・経過等をご記入下さい。)
現在の 処方	