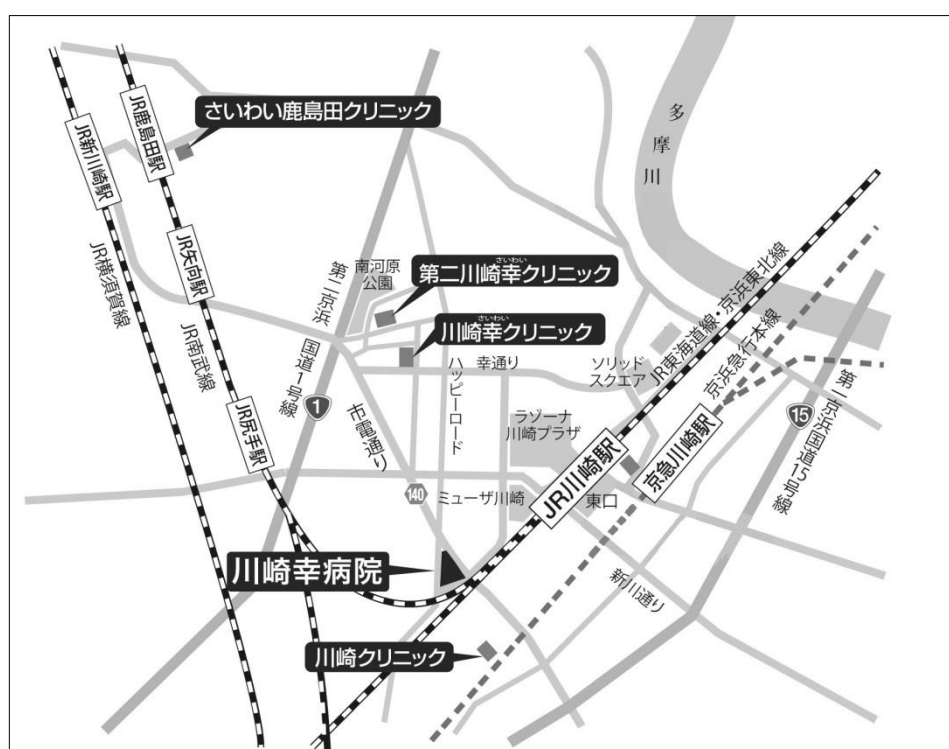


診療情報提供書

(患者紹介用)



社会医療法人財団 石心会 川崎幸病院

- ・川崎幸クリニック
- ・川崎クリニック
- ・第二川崎幸クリニック
- ・さいわい鹿島田クリニック

診療情報提供書

(患者紹介用)

紹介先
医療機関名

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 川崎幸病院 | 川崎市幸区大宮町 31-27
TEL044-544-4611 FAX044-540-3712 |
| <input type="checkbox"/> 川崎幸クリニック | 川崎市幸区南幸町 1-27-1
TEL044-544-1020 FAX044-544-4700 |
| <input type="checkbox"/> 第二川崎幸クリニック | 川崎市幸区都町 39-1
TEL044-511-1322 FAX044-511-1780 |
| <input type="checkbox"/> 川崎クリニック | 川崎市川崎区日進町 7-1
TEL044-222-7707 FAX044-222-7735 |
| <input type="checkbox"/> さいわい鹿島田クリニック | 川崎市幸区新塚越 201
TEL044-556-2720 FAX044-556-2721 |
- 担当医 科 殿

西暦 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

⑩

(フリガナ) 患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業:	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考