徳洲会提出用

診療情報提供の依頼書

【　FAX番号：0568-51-8765　】　　年　　月　　日

名古屋徳洲会総合病院

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科　　医療機関名、診療科及び医師名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師　　医療機関住　所

電話番号

FAX番号

受診者	フ　リ　ガ　ナ	
	氏　　名	
	性・生年月日	年　　月　　日　　生まれ
紹介目的		□診察　□入院　□検査　☑その他（　診療情報提供のご依頼　）
病名（主訴）		
診療情報提供依頼内容		
アレルギーの有無		無　　・　　有　（　　）

名古屋徳洲会総合病院　医療連携室

〒487-0016 春日井市高蔵寺町北2-52

電話 0568-51-8782　FAX 0568-51-8765