

徳洲会病院
提出用

診療情報提供書

年 月 日

名古屋徳洲会総合病院

〒487-0016 春日井市高蔵寺町北2丁目52番

TEL 0568 (51) 8711 / Fax 0568 (51) 7115

科 _____ 先生 医療機関
の所在地
名称
紹介医師名
TEL

フリガナ
患者氏名 _____ 性別 男・女
生年月日 (明・大・昭・平・令) _____ 年 月 日生

紹介目的 《 診察・入院・検査 (エコー・CT・MR) 》

病名

主な症状、異常所見、経過

治療内容

アレルギーの有無 無 ・ 有 ()