照会状（診療情報提供依頼）

島田市立総合医療センター　御中　(TEL:0547-35-2280 / FAX:0547-35-2882)

　　　　　　記載日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患 　者 | 氏 名 |  | 生年月日 | 明 大 昭  平 令 | 年　　月　　日 |
| 住 所 |  | | | |
| 電 話 |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療科 |  | 科 |
|  | 先生 |
| 傷病名 |  | |
| 照会内容 |  | |
| **返信期限** | **年　　　　　月　　　　　日　まで** | |
| 医療機関名  所在地  TEL / FAX | （　　　　　　　）科 | |
| 医師御芳名 |