

# 診療情報提供書



独立行政法人 船橋中央病院  
地域医療機能推進機構

年 月 日

受診科 (該当する科を○で囲んでください)

内科( )・小児科・外科・乳腺外科  
整形外科・形成外科・皮膚科・泌尿器科  
産科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・歯科口腔外科  
放射線科・周産期母子医療センター  
内視鏡センター・口腔インプラントセンター  
健康管理センター

貴医療機関名

先生の御名前

TEL ( ) -

FAX ( ) -

医師あて  
(記入なしでも結構です)

フリガナ	男 女	生年月日
患者様氏名		明治 大正 昭和 平成 年 月 日 ( ) 歳
傷病名・症状		
症状経過・検査結果・治療経過		
既往歴		
現在の処方		
備考 (該当する項目を○で囲んで下さい) 資料持参：(有・無) X線写真・内視鏡画像・CT画像・CD-ROM・その他 ( )		

〒273-8556 船橋市海神6丁目13番10号  
TEL 047-433-2111 FAX 047-433-7086

独立行政法人 船橋中央病院  
地域医療機能推進機構  
医療連携室 内線2460