

水戸ブレインハートセンター 診療情報提供書

(紹介患者様 FAX 兼用)

電話 029-222-7007

専用 FAX 029-224-0670

紹介元医療機関名：

ご担当医名：

住所：

電話番号：

連絡担当者名：

【受診患者】

ふりがな				性別	男・女			
患者氏名								
生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日生	年齢	歳
住所								
電話	自宅		携帯					

【診療情報等】

診療科	科	希望医がいる場合	医師
傷病名			
依頼目的・既往歴・病状経過・検査結果・現在の処方等			

※各医療機関で診療情報を作成されている場合は、そちらをご使用願います。