年　　月　　日

患者情報御照会連絡箋（ＦＡＸ用）

藤枝市立総合病院　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 先生　御机下

（地域医療連携室 FAX　054-646-1176
FAX　054-646-1380）

医療機関名
医師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
FAX

患者氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ 男・女 ）／住所

生年月日　Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日生（　　歳）

診断等

上記患者様が、　年　月　日に、当院を受診されました。貴院に通院されておられるとのことですが、病名、処方内容、最終診察日などお知らせいただければ幸いです。

患者情報連絡箋（藤枝市立総合病院　医師用）　　年　　月　　日

患者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　様に関して、お知らせいたします。

診断

処方

最終診察日　　年　　月　　日