診 療 情 報 提 供 書

平成　　年　　月　　日

鹿児島大学医学部・歯学部附属病院
〒890-8520　鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1
小児外科外来　TEL　099-275-5900
FAX　099-275-5448
小　児　外　科

担当医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿宛

紹介医療機関の所在地・名称

診療科・医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

患者 ID　No.	紹介元（　　）	鹿児島大学病院（　　）
フリガナ 氏　名	様　（　　才）　男・女	
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日　生	
紹介理由又は 傷　病　名		
家　族　歴 既　往　歴		
症状経過 検査結果 治療経過 処方内容 など		