

岡崎市こども発達医療センター宛 診療情報提供書

相談センター 電話:23-7067 FAX:23-7538

医療センター 電話:23-7624 FAX:23-7635

患者さん同意の下、診療を申し込みます。

年 月 日

紹介希望

- 相談センター経由で医療センターへ
 医療センターへ直接

紹介元医療機関

〒

住所:

医療機関名:

医師名:

電話:

FAX:

- 添付書類あり

紹介患者情報

ふりがな		性別		年 月 日
患者氏名			生年月日	年 月 日
住所	〒			
自宅電話		緊急連絡先	名称	
保護者氏名			電話番号	

診療情報提供書

病名(主訴)
紹介目的
既往歴・現病歴

このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、岡崎市こども発達センターに送られています。もし、誤って届いた場合には破棄していただき、お手数ですがその旨を上記相談センター宛にお知らせくださいますようお願い致します。