診療情報提供書（超音波検査依頼用）

平成　　年　　月　　日

医療法人　社団哺育会
白岡中央総合病院
〒349-0217
埼玉県白岡市小久喜938-12
地域連携課　TEL・FAX 0480-92-0799

診療科　　科

医師名　　先生
（希望医師がない場合は記入不要）

貴院の名称

所在地　〒

医師名

TEL　　－　　－

FAX　　－　　－

患者氏名	殿　男・女	＊白岡中央総合病院の受診歴 有 ・ 無
生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日　　歳	予約日時 平成　　年　　月　　日 午前・午後　　時　　分
電話番号（自宅）		
携帯		

傷病名	
検査部位・目的・症状・経過等	