

診療情報提供書

病院・医院

先生 御机下

患者氏名： _____ 様
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）
性別：男・女

このたびの震災にあたり、佐賀県 DPAT による診療活動を行っています。
当チームによる診断及び診療経過は下記のとおりです。
御高診、御加療のほど何卒宜しくお願い申し上げます。

【診断・暫定診断】

【紹介目的】

【既往歴及び家族歴】

【症状経過・その他】

_____ 年 _____ 月 _____ 日

佐賀県 DPAT

医師（自署）