|  |
| --- |
| 病院・医院  　　　　　　　　　　　　　　先生  情　報　提　供　書  　患者　　　　　　　　　　　　様（　　　　年　　　月　　　日生　　　歳　男・女）を  御紹介申し上げます。  「石川DPAT」による診療を行っています。  　当所における診断および、診療経過は下記の通りです。御高診、御加療のほど何卒よろしくお願い申  し上げます。  【診断・暫定診断】  【経過・その他】  　　　　年　　　月　　　日    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　石川DPAT  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師 |

様式７

４２