|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　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