

診療情報提供書

〒331-0804

埼玉県さいたま市北区土呂町1522

彩の国東大宮メディカルセンター

科 先生

緊急性 (有 ・ 無) 医療機関名 :
入院希望 (有 ・ 無) 医師氏名 :
彩の国東大宮メディカルセンター受診歴 (有 ・ 無) 住所 :
(有のみ : 科 年 月頃) TEL :
FAX :

下記患者を紹介します。

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)	受診歴	有 ・ 無
住所	〒		
電話番号			

傷病名	
紹介目的	入院・転医・精査・加療・手術・その他 ()

既往歴
症状経過・検査結果・治療経過
現在の処方 等々
※記入欄が不足する場合は、別紙を添付してください。(様式は問いません) <input type="checkbox"/> 資料持参 (無 ・ 有 ・ ・ ・ レントゲンフィルム・心電図・検査記録)

※各医療機関で診療情報提供書を作成されている場合は、そちらをご使用ください。