

診療情報提供書

送付先

医療法人社団中正会 中林病院 宛

TEL 0799-42-6200

FAX 0799-42-6203

記載日

医療機関名

電話番号

FAX番号

令和 年 月 日

先生 医師氏名

| | | |
|------|-----|-------------|
| ふりがな | | 生年月日 |
| 患者氏名 | 男・女 | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 — | 電話番号 — — |

| | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 紹介先診療科 | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 傷病名 | |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 既往歴及び家族歴 | |
| 症状経過及び検査結果 | |
| 治療経過 | |
| 現在の処方 | |
| 備考 | |