

診療情報提供書

紹介先: 島田総合病院行

紹介元医療機関名

科 _____ 先生 _____

フリガナ _____

患者様氏名 _____ 男 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(島田総合病院受診歴)

不明 無 有 ID: _____

住所 〒 _____

医師氏名 _____

T E L : _____

F A X : _____

(初期返信にはFAXを使用しますので、必ずFAX番号をご記入下さい。)

紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 予備	診断名	① _____
	その他 _____		② _____
			③ _____
			④ _____

既往歴、家族、検査所見、治療経過、現在の処方について

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

アレルギー : 無し 有り (_____)

添付資料	X-P: _____ 枚 心電図: _____ 枚 検査結果: _____ 枚
	その他: _____ 添付資料の返却の必要性 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し

症状安定後に引続き貴院にてのご加療を希望されますか する しない