

診療情報提供書

〔紹介元医療機関名〕

日本医科大学武蔵小杉病院

〔住所〕〒

| | | | | | |
|--|--|-------------|-------|-----------|-----------|
| 科 | | 先生 | | 〔医師氏名〕 | |
| 〔フリガナ〕 | | 男 ・ 女 | 〔受診歴〕 | | 〔Tel〕 () |
| 〔患者氏名〕 | | | 有・無 | | |
| 殿 | | | | 〔Fax〕 () | |
| 〔生年月日〕 明・大・昭・平 | | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 〔受診予定日〕 | | 年 | 月 | 日 | (曜日) |
| 〔病名・主訴〕 | | | | | |
| 〔紹介目的〕 | | | | | |
| 〔既往歴・家族歴〕 | | | | | |
| 〔治療経過・症状経過〕 | | | | | |
| 〔検査結果〕 | | | | | |
| 〔現在の処方〕 | | | | | |
| 〔備考〕 | | | | | |
| 〔添付資料〕 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果票 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 〈入院の必要性〉 有 ・ 無 〈病状安定による患者返送〉 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | | | | |