

診療情報提供書

西暦 2021 年 9 月 15 日

_____ 病院・診療所 _____ 科

_____ 先生御机下 医療機関所在地 〒238-8570 横須賀市小川町1番地23
 医療機関名 神奈川歯科大学附属病院
 電話番号 046-822-8810
 診療科 _____
 担当医 _____ (印)

下記の患者様の ご紹介 ご報告 をしますのでよろしくお願いいたします。

(フリガナ) 患者氏名	カルテ番号 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	(歳 ヶ月) 職業
主訴又は病名・症状	
紹介目的 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 精査 (_____) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他	
既往歴及び家族歴	
症状経過	
現在の処方	
備考	添付資料 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 内視鏡フィルム <input type="checkbox"/> ECHO <input type="checkbox"/> その他(_____)