

診療情報提供書

記載日： 年 月 日

埼玉県済生会 加須病院

科 先生 宛

【紹介元医療機関】

〒347-0101 埼玉県加須市上高柳 1680

TEL：0480-70-0888(代表)

来院希望日

希望日 月 日 ()

希望なし 後日患者様より連絡

埼玉県済生会加須病院 受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

名称

所在地

TEL：

診療科名 科

医師名 ⑩

フリガナ 患者氏名	(性別) 男・女	生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)
住所 (〒 -) TEL： - -		
紹介目的 (紹介後の方針に関する希望を含む)		
主訴 及び 傷病名		
既往歴及び家族歴 薬物アレルギー ()		
現病歴及び現症状 (検査所見・治療経過等含む)		
現在の処方		
備考 別途添付 <input type="checkbox"/> 画像 (CD-R・フィルム) <input type="checkbox"/> 採血・尿等検査結果 <input type="checkbox"/> 心電図記録等 <input type="checkbox"/> その他 ()		