

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療法人社団 葵会

科 先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

※紹介先の医師名がご不明な場合は科名のみをご記入
いただくか、地域連携室までお問い合わせください。

所在地
名称
医師名
電話番号
FAX

患者氏名		性別	男・女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	職業	

主訴・傷病名	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> その他()
既往歴及び家族歴	
病状経過及び検査結果	
治療経過・現在の処方(※コピーでも可)	
感染症	<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> その他()
添付資料	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他() 上記添付資料返却の必要性(有・無)

備考 : 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
各医療機関で診療情報提供書を作成されている場合は、そちらをご利用ください。