

診療情報提供書

年 月 日

【紹介先】

晴生会さっぽろ南病院会病院

眼科 医師

〒005-0814

札幌市南区川沿14条1丁目5番1号

地域連携・医療福祉相談室

直通 FAX. 011-571-5124

直通 TEL. 011-571-5122

【紹介元医療機関】

住所 〒

名称

TEL

FAX

医師氏名

印

フリガナ		生年月日
患者氏名	様 (男・女)	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
患者住所	(〒 -)	TEL. () - 晴生会さっぽろ南病院の受診歴 有・無

【紹介目的】 1 白内障手術依頼 2 網膜硝子体疾患治療 3 その他 ()

【主訴又は傷病名】

【症状経過・治療経過等 (別紙可)】

希望日時 () 来院不可日 ()

ADL 独歩・杖歩行 車いす ストレッチャー
付添い 無 家族 その他 ()

患者様の状況 現在外来でお待ちです 帰宅されました 入院中

その他留意事項