

診療情報提供書

令和 年 月 日

【紹介先】

晴生会さっぽろ病院

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）	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
患者住所	（〒 - ）	TEL.
		（ ） -
		晴生会さっぽろ病院の受診歴 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（ ）

A D L ☐独歩・杖歩行 ☐車いす ☐ストレッチャー
付添い ☐無 ☐家族 ☐その他（ ）
その他留意事項

内容確認後、改めてご連絡いたします