

診療情報提供書

年 月 日

藤田医科大学 岡崎医療センター

紹介元医療機関様

診療科 科

医師名
先生

| |
|-------|
| 医療機関名 |
| 所在地 |
| 診療科 |
| 担当医名 |

| | | | |
|------------------------------|--|---|---|
| フリガナ | | 性別 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
| 患者氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 年 月 日 |
| 病名 (主訴) | | | |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 入院診療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 既往歴 | | | |
| | 薬剤アレルギー () | | |
| 症状経過 治療経過 検査結果 処方内容 | | | |
| その他 | | | |

備考 必要がある場合は画像、検査の記録を添付してください。