

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
TEL・FAX
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									
CD-R・フィルム・病理標本	有 (<input type="checkbox"/> 患者持参 ・ <input type="checkbox"/> 集配 ・ <input type="checkbox"/> 郵送) ・ <input type="checkbox"/> なし								
検査結果・その他	有 (<input type="checkbox"/> 患者持参 ・ <input type="checkbox"/> 集配 ・ <input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> FAX) ・ <input type="checkbox"/> なし								
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。