

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									
	<input type="checkbox"/> 岡崎医療センターから診療状況を示す文書の提供を希望します。 希望しない場合 は左記に✓を入れてください。								
その他	<input type="checkbox"/>								

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。