**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

|  |
| --- |
| 医療機関名所在地診療科担当医名　　　　　　　　　　　　　　印 |

診療科　　　　　　　　　　　　　　　　　科

医師名

先生

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　　別 | 　明治　大正　昭和　平成　令和 |
| 患者氏名 |  | 男　　　女 | 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 病　　名（主訴） |  |
| 紹介目的 | 　外来診療　　 　入院診療　 　 検査　　 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 |  |
| 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 |  |

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。