

診療情報提供書



公益社団法人 北部地区医師会
北部地区医師会病院

科 _____ 先生

医療機関名：

住 所：

TEL / FAX：

医師氏名：

印

来院予定： 年 月 日 ()
(午前 ・ 午後 時)

※ 入院時共同指導 (する ・ しない)

| | | | |
|------|---------------------------|-----|-------|
| フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 患者氏名 | | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳) | 受診歴 | 有 ・ 無 |
| 住 所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |

| | |
|-----|---|
| 傷病名 | |
| 主訴 | 発熱、咳、痰、呼吸苦、胸痛、不整脈、下痢、嘔気、嘔吐、腹痛、下血、 腰痛、膝痛、裂傷、骨折、その他() |

症状の経過、既往歴及び家族歴：

現在の処方：

備考：添付書類 検査結果 画像 処方内容 所見歴 その他