診療情報提供書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

紹介先医療機関名

山 陰 労 災 病 院

〒683-8605　米子市皆生新田1-8-1　☎0859-33-8189　FAX0859-35-4348

担当医　　　　　　　 　　　科 殿

紹介元医療機関名

所　　在　　地

医　師　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（電　話　番　号）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　　男　・　女  生年月日　明・大・昭・平・令　　　年　　月　　日（　　）歳　　職業 | |
| 傷病名 | 住　所  ＴＥＬ |
| 紹介目的 | |
| 既往歴及び家族歴 | |
| 症状経過及び家族歴 | |
| 治療経過 | |
| 現在の処方 | |
| 備考 | |

備　考　1.必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

　　　　　　　　2.必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。