

平成 年 月 日

診療情報提供書

医療法人順風会 天山病院
院長 宇都宮 一泰

医師氏名 印

| | | | | |
|------|-------|---|---|----------|
| 患者氏名 | 性別 | 男 | ・ | 女 |
| 患者住所 | | | | |
| 電話番号 | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 (才) 職業 |

| |
|-------------|
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 症状・検査及び治療経過 |
| 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すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。