

診療情報提供書

紹介先医療機関名

年 月 日

先生侍史

紹介元医療機関名と所在地

電話番号

医師氏名

㊞

下記の患者の診療情報を御通知致しますので宜しくお願い申し上げます。

患者氏名：	殿	性別（男・女）
生年月日：	大・昭・平・令	年 月 日生（ 歳） 職業（ ）
患者住所：	〒	
電話番号：	（ ）	

1. 傷病名

2. 紹介目的

3. 症状経過及び治療経過

4. 検査結果

RV = (×S- D○C- D Ax °) RT = mmHg

LV = (×S- D○C- D Ax °) LT = mmHg

5. 既往歴

高血圧 [有・無]、高脂血症 [有・無]、糖尿病 [有・無]、喘息 [有・無]
薬剤アレルギー [有・無]

6. 家族歴

7. 現在の処方

8. 備考