

診療情報提供書

紹介先医療機関名

年 月 日

先生侍史
下記の患者の診療情報を御通知致します。
宜しくお願ひ申し上げます。

医療機関
所在地
電話番号
医師氏名 ⑩

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. 主訴又は傷病名
2. 紹介目的（紹介、返事）
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