

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

〒344-063 埼玉県春日部市緑町5-9-4

春日部中央総合病院

医療機関名

科 先生

所在地

受診予定日 月 日

科 印

|                      |       |      |                              |
|----------------------|-------|------|------------------------------|
| フリガナ<br>患者氏名         |       | 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成<br>年 月 日 才 |
| 性別                   | 男 ・ 女 | TEL  | ( )                          |
| 現住所                  | 〒     |      |                              |
| 傷病名                  |       |      |                              |
| 紹介目的                 |       |      |                              |
| 既往歴<br>家族歴           |       |      |                              |
| 症状経過<br>検査結果<br>治療経過 |       |      |                              |
| 処方内容                 |       |      |                              |
| 備考                   |       |      |                              |

- 備考
- 1、患者様の症状が安定した際は、春日部中央総合病院より、逆紹介させていただきます。
  - 2、必要がある場合には、画像フィルム、検査記録の添付をお願い致します。