診　療　情　報　提　供　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2023年　 月 　 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 飯山赤十字病院 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ○○　　外来　　　宛 | 電話番号  FAX番号 | ( )  ( ) |
| 医師氏名 | ㊞ |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性 別 | ＩＤ |  |
| 氏名 |  | 男　　　女 | 住所 | 〒 |
|  |
| 生年月日 |  | | ＴＥＬ |  |  |  |
| 傷病名 |  | | | |
| 紹介目的 | 精査　 加療　 入院　 転院　 報告　 他（　) | | | |
| 既往歴  及び家族歴 |  | | | |
| 病状経過  治療経過 |  | | | |
| 現在の  処 方 |  | | | |
| 添付資料 | 無　・  有 （　　　） | | | |