

# 診療情報提供書 ( I ・ II )

紹介先医療機関

作成日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

公益社団法人 有隣厚生会 富士病院  
科

\_\_\_\_\_ 先生

医師 \_\_\_\_\_

患者氏名 フリガナ		性別 男・女	生年月日・年齢 年 月 日 歳
患者住所	〒		
電話番号		職業	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過、検査結果及び治療経過
現在の処方
備考
添付資料等 <input type="checkbox"/> 画像フィルム <input type="checkbox"/> 画像 CDR <input type="checkbox"/> 検査結果表 <input type="checkbox"/> その他( _____ )