診療情報提供書

令和　 　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 埼玉医科大学国際医療センター | | | 科  先生 | |
| 紹介元医療機  所在地及び名称 | | | 科 | |
| TEL/FAX | | | 先生 | |
| フリガナ |  | 性別 | | 生年月日 |
| 患者氏名 |  | 男　女 | | 大正　昭和　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　令和　　　 年　　 月　　日　　歳 |
| 傷病名 | | | | |
| 紹介目的 | | | | |
| 既往歴及び家族歴 | | | | |
| 症状、経過及び検査結果 | | | | |
| 現在の処方 | | | | |
| 添付資料 検査結果の写し　　　画像の写し　　　添付書類なし | | | | |