

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 検査結果の写し	<input type="checkbox"/> 画像の写し	<input type="checkbox"/> 添付書類なし
------	----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------