

診療情報提供書

協和中央病院

平成 年 月 日

先生御机下

紹介元医療機関名

所在地

電話またはFAX番号

担当医師名

印

患者様氏名	殿	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	(才)
患者様住所			
現傷病名			
既往歴等			
病状経過及び検査結果(治療経過等の記録)			
現在の処方及び備考			
紹介元画像記録等の添付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (検査種: 単純X線・CT・MRI・超音波・その他) (部位 :)		
施設共同利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (読影の必要: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)		