診療情報提供書

年　　月　　日

春日部市立医療センター 医療機関名

希望診療科 科 所　在　地

担当医（　 先生 御侍史）

※担当医はご希望がある場合のみご記入ください 電話番号　　　　（　　　）

※別の医師の診療となる場合がございます FAX番号　　　　（　　　）

 　 医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 住　　所 |
| 患者氏名 | 様 旧姓（　　　） | 男・女 | 〒　 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令年　　月　　日（　　　歳） | 電話番号 | 自 宅　　（　　　）携 帯　　（　　　） |
| 春日部市立医療センター受診歴　　無　・　不詳　・有（ＩＤ　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 |  |
| 紹介目的 | □精査　□加療　□入院　□転院　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴・家族歴 |  |
| 症状経過・検査結果・治療経過等 |  |
| 現在の処方 |  |
| 備　　考 |  |

※必要がある場合は検査結果、画像診断のフィルム等を添付してください（データ等の保存媒体含む）