

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名
芳賀赤十字病院医療機関の
名称及び所在地
電話番号
F A X
医師

先生

患者氏名	様	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者住所				電話番号
紹介目的	入院・転医・精査・手術・その他 ()			
病名 (主訴)				
既往歴 家族歴 病状経過 検査所見 治療経過				
	薬剤アレルギー (無・有) 感染症 (無・有)			
現在の処方				
添付資料	無・有 [フィルム(X-P・CT・MRI)・CD-R(CT・MRI)・ECG・検査データ・その他()]			返却 要・不要
備考				