

診療情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名 盛岡赤十字病院

担当医 科 先生 御侍史

所在地
医療機関名
電話番号
FAX番号
診療科
担当医

印

患者氏名		生年月日		年齢		性別	
住所							
電話番号		職業					
紹介目的							
傷病名 (主訴又は病名)							
既往歴 及び 家族歴							
	薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
病状経過 及び 検査結果 治療経過							
現在の 処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 処方内容のコピー別添						
備考 患者に関する 留意事項等							
添付資料	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他						