

診療情報提供書

〒831-0016

福岡県大川市酒見141-11

医療法人社団 高邦会

高木病院

申込日 平成 年 月 日

科
先生 宛

依頼医療機関

(担当医師)

印

住所

TEL

FAX

フリガナ

患者氏名

様 (男・女)

住所

生年月日 M・T・S・H

年

月

日生(才)

(乳幼児

ヶ月

日)

TEL

医療保険

国保・社保(本人・家族)・後期・障害・自賠・労災・自費・その他()

依頼項目

外来診療

入院治療

手術依頼

その他()

検査依頼()

傷病名

紹介目的

1.既往歴

家族歴

2.症状

経過

3.検査結果

4.治療経過

5.処方

6.備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください
2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください
3. 造影剤使用の検査の場合、血液検査のコピーを添付してください