

〒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

診療情報提供書

患者様用
(当院提出用)

申込日

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 生年月日 T・S・H・R (乳幼児)	様 (男・女) 日生(才) ヶ月(日)	住所 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	<input type="checkbox"/> 外来診療	<input type="checkbox"/> 入院治療	<input type="checkbox"/> 手術依頼	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 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