# 診療情報提供書

紹介先医療機関名

帝京大学ちば総合医療センター

平成　　年　　月　　日

科　　先生

所在地

医療機関名

TEL

FAX

医師氏名　　印

・緊急の（有・無）

・入院の希望（有・無）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭・平<br>年　月　日（　歳） | 男・女 |
| 患者氏名 | | | | |
| 住所 | 〒 | | TEL<br>（　） | |
| 紹介目的 | 入院・転医・精査　　その他（　）<br>手術・リハビリテーション　　患者返送希望（有・無） | | | |
| 病名<br>（主訴） | | | | |
| 既往歴<br>（家族歴） | 薬剤アレルギー（有・無） | | | |
| 病状経過<br>治療経過<br>検査結果 | | | | |
| 現在の処方 | | | | |

資料持参（無・有……レントゲンフィルム・心電図記録・検査記録）