

# 診療情報提供書

足利富士見台病院提出用

平成 年 月 日

<input type="checkbox"/> 担当医  <p style="text-align: center;">先生</p> <p>(特にご希望がある場合にのみ、担当医をご記入下さい)</p>	<input type="checkbox"/> 貴院の名称・所在地 <small>(住) 医師名・電話及びFAX番号を必ずご記入ください</small>  医師氏名 <span style="float: right;">印</span>
フリガナ ----- 患者氏名 <span style="float: right;">(男・女)</span>  様 ( 才 )  生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紹介目的 加療・転医・入院・その他
主訴及び現病名	
現病歴及び既往歴	
治療経過及び 主要検査成績	
現在の処方	
患者に関する 留意事項	
資料持参	(無・有)

- (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. 宛先の医師名が不明の場合は科名のみをご記入ください。  
3. ご面倒ですが、足利赤十字病院へは「2枚」お送り下さるようお願いいたします。