

診療情報提供書



〒002-8072 札幌市北区あいの里2条5丁目
北海道医療大学病院

紹介元医療機関の所在・名称

地域連携室

TEL : 011-778-7575 (代)
FAX : 011-778-7985 (医事・地域連携室)

医師名
TEL () -
FAX () -

| | | | | | |
|--------------|---------|---|---|---------------------------|----------------------------|
| ふりがな 患者氏名 | _____ | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 (歳) | 性別 男 ・ 女 |
| 患者住所 | | | | | 職業 |
| 自宅 ☎ | - | | | | 勤務先 ☎ - |

| |
|------------|
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往症及び家族歴 |
| 症状経過及び検査結果 |
| 治療経過 |
| 現在の処方 |
| 備考 |

備考 1. 必要に応じて続紙 (A4版の任意様式) を添付願います。
2. 必要に応じて検査記録・画像診断フィルム等を添付願います。