

令和 年 月 日

診療情報提供書

秋田赤十字病院 _____ 科 _____ 宛

紹介元医療機関の所在地 〒 _____

電話番号 _____ () _____ FAX _____ () _____

名称 _____

紹介医師名 _____ 先生 印

(フリガナ)					性 別		男 ・ 女		
患者氏名	(姓)		(名)		※秋田赤十字病医院の受診歴は ありませんか？ 無・有 → 年 月 頃				
生年月日	大・昭・平・令		年		月		日	年 齢	才
住 所	〒 -		電話番号 ()						
職業(勤務先)									
患者様の 今後について (必ずご選択 願います)	1. 検査・診断後、直ちに患者様をお返し下さい。 2. 治療後、適当な時期に、患者様をお返し下さい。 3. 今後、継続して治療を依頼します。 4. 患者様のご意向を尊重します。								

傷 病 名	
紹介目的	
既往歴・家族歴及びアレルギー等特記事項	
症状経過・検査結果・治療経過	現在の処方
備 考	