

診療情報提供書

施設名			日付	
フリガナ			紹介元	
患者氏名		性別	電話番号	
生年月日		年齢	診療科名	
住所			医師名	
診断名			既往歴	

病歴	
----	--

紹介目的	☒ 施設利用目的の為
現在の処方	

以下について、わかる範囲でご記入をお願い申し上げます。

介護保険		身体障害者手帳	
認知症	(☐ 有 ☐ 無)	感染症	HBs抗原 (☐ + ☐ - ☐ 未)
褥瘡	(☐ 有 ☐ 無)		HCV抗体 (☐ + ☐ - ☐ 未)
アレルギー	(☐ 有 ☐ 無)		ワ 氏 (☐ + ☐ - ☐ 未)
検査項目			
胸部X線			
心電図			

添付書類 ☐有 ☐無