

平成.....年.....月.....日

診療情報提供書

医療法人順正会 横浜鶴ヶ峰病院
介護療養型医療施設 院長 殿

医療機関名 _____

住所 _____

電話 _____

医師名 _____ (印)

患者氏名 _____ 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 ()

患者住所 _____ TEL - -

紹介目的

主訴又は病名、症状

既往歴

現病歴、検査所見、治療経過

現在の処方 備考

添付資料 画像診断フィルム 内視鏡画像 超音波画像 心電図 検査データ
 MRI 画像 CT 画像

※ 入院時検査にて感染症(ESBL、MDRP など)陽性の場合は、紹介元への転院をお願いする場合があります。