

あすくの里専用 診療情報提供書

年 月 日

患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 妊 <input type="checkbox"/> 脚	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
FAX番号 年 月 日 (歳)	職業
傷病名	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
感染症の有無(必須項目)以下3項目は必ずご記入下さい。 RPR(- / +) HBs抗原(- / +) HCV抗体(- / +)	
現在の処方	
備 考	

あすくの里 施設長 様

医療機関名

所在地

電話番号

主治医

®