

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

㊞