

●診療情報提供書

診療情報提供書 (正)

紹介先医療機関等名 _____ 平成 年 月 日
 平謝 大阪府堺市御陵通3番17号
 担当医 _____ 科 _____ 宏和クリニック
 TEL 072-223-0180

前略、いつも何かとお世話になりますが、このたび下記患者をご紹介いたしますので、よろしくお願ひ申し上げます。

医師 _____ 科 _____ 印

患者氏名 _____	性別 男・女 _____
患者住所 _____	
電話番号 _____	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) _____	職業 _____

1. 病 名
2. 紹介目的
3. 既往歴及び家族歴
4. 症状経過及び検査結果
5. 治療経過
6. 現在の地方
7. 備 考

備考 1. 必要がある場合は紙面に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

●紹介患者結果報告書

紹介患者結果報告書 平成 年 月 日

病院 _____ 科 _____
 医師 _____ 科 _____
 診療所 _____ 科 _____

〒590-0017 大阪府堺市御陵通3番17号
宏和内科クリニック
 TEL 072-223-0180
 FAX 072-222-0080

先生御侍史 _____ 印
 医師名 _____ 印

(患者氏名) _____

(生年月日) 明・大・昭・平 年 月 日 _____

診療関係

●診断書

診 断 書

住所 _____

氏名 _____

明・大・昭・平 年 月 _____

(病 名) _____

〒590-0017 大阪府堺市御陵通3番17号
宏和内科クリニッ
 TEL 072-223-0180
 FAX 072-222-0080

平成 年 月 日 _____

医師名 _____ 印

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

明・大・昭・平 年 月 日生 (才) _____

病 名

上記、病名にて平成 年 月 日より約 間の〔通院・安静〕加療を要する見込みである(病状に変化がある場合はこの限りではない)。

上記の通り診断します

平成 年 月 日 _____

大阪府堺市御陵通3番17号
宏和クリニック
 医 師 _____ 印