

診 療 情 報 提 供 書

秋田赤十字病院 _____ 科 _____ 宛

紹介元医療機関の所 在 他 〒 _____

電話 番 号 _____ () _____ F A X _____ () _____

名 称 _____

紹介医師名 _____ 先生 印

(フリガナ)			性 別	男 ・ 女
患者氏名	(姓)	(名)	*秋田赤十字病院の受診歴はありますか? 無・有→ 年 月 頃	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
住 所	〒 _____	電 話 番 号	() _____	
職業 (勤務先)				
患者様の 今後について (必ずご選択 願います)	1. 検査・診断後、直ちに患者様をお返し下さい。 4. 患者様のご意向を尊重します。 2. 治療後、適当な時期に、患者様をお返し下さい。 3. 今後、継続して治療を依頼します。			

傷 病 名	
紹介目的	
既往歴・家族歴及びアレルギー等特記事項	
症状経過・検査結果・治療経過	現在の処方
備 考	