

## 診 療 情 報 提 供 書

平成 年 月 日

獨協医科大学病院

希望診療科 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ 先生

(特にご希望がある場合にのみ、担当医をご記入下さい)

貴院の名称・所在地

(注) 医師名・電話及び FAX 番号を必ずご記入ください。

医師氏名

印

フリガナ \_\_\_\_\_ (男・女)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿 ( 才 )

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日

獨協医大病院の受診歴

無・不詳・有 ( ID 番号 )

紹介目的 精査・加療・入院・手術・リハビリ  
その他 ( )

病名 \* 病名は記載できる範囲で結構です。

主訴

既往歴・家族歴

治療・経過

現在の処方