

診療情報提供書

さいたま岩槻病院

平成 年 月 日

回復期リハビリテーション病棟

担当 先生 行き

医療機関名
紹介医師名
所在地
TEL
FAX

フリガナ		性別	生年月日				
患者氏名		男・女	大正 昭和 平成	年	月	日	歳
住所	〒		電話				

さいたま岩槻病院 受診歴 (有 ID: . 無 . 不明)

傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果、治療経過	
現在の処方	
備考	添付資料(有 ・ 無)
添付資料の返却(要 ・ 不要)	

※ 診療情報提供書は貴院のご指定用紙でも結構です。