

診療情報提供書

(複十字病院用)

平成 年 月 日

(公財) 結核予防会 複十字病院

〒204-8522 東京都清瀬市松山 3-1-24

医療機関名:

所在地:

TEL:

FAX:

医師名:

〔診療科目〕(該当する診療科を○で囲んで下さい)

内科・呼吸器科・消化器科・乳腺科・整形外科

循環器科・神経内科・糖尿病科・耳鼻咽喉科

泌尿器科・皮膚科・サルコイドーシス科

〔検査項目〕

MRI、CT、CT・肺機能セット、消化管内視鏡検査(上部・下部)

核医学検査、PET/CT、超音波検査

希望医師名 _____ 受診希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

複十字病院受診歴【有・無・不明】

フリガナ	男 女	生年月日
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所 〒 TEL ()		
紹介目的		
主訴及び傷病名		
既往歴及び家族歴 薬剤アレルギー (有・無)		
症状経過・検査結果・治療観経過		
現在の処方		
備考 資料持参 (有・無) X線フィルム・内視鏡フィルム・検査の記録・その他 ()		