

# 診療情報提供書

①患者様用  
(当院提出用)

〒286-8520  
千葉県成田市畑ヶ田852

年 月 日

## 国際医療福祉大学成田病院

地域医療連携室 TEL: 0476-35-5601  
FAX: 0476-35-5588

貴院名

住 所

電話番号

科

先生

担当医師

印

患者氏名	性 別	男 女
生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年 月 日 ( 歳 )
住 所		
電 話 番 号	当院受診歴	( 有・無 )

傷 病 名
-------

依 頼 項 目
<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 手術依頼 <input type="checkbox"/> 検査依頼 <input type="checkbox"/> その他 )

既往歴及び家族歴	(アレルギーの有無)
----------	------------

病状経過及び検査結果
------------

治 療 経 過
---------

処 方
-----

備 考
-----

※ 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

※ 必要がある場合は画像情報、検査の記録を添付してください。