

## ご担当医御侍史

株式会社 カノン

〒901-1117

南風原町津嘉山 1315-1

TEL 098-888-5525

FAX 098-888-5525

### 「診療情報提供書」作成・情報提供に関するお願い

#### 1. 「診療情報提供書」について

担当医様に作成をお願いしております。

書式は下記にあるものと内容が同一であれば、病院所定書式をお使いください。

既往歴、現病歴、治療経過について情報提供をお願い致します。

「感染症の検査」については、一か月以内の結果がない場合は、検査の実施をお願い致します。

肝炎・皮膚疾患についての情報提供をお願い致します。

#### 2. リハビリ・介護・看護サマリー提供のお願い（入院中または施設へ入居中のみ）

日常生活の状況について情報提供をお願い致します。

#### 3. 内服薬の処方について

約一か月分（最低二週間分）のお薬を「一包化」でご準備ください。

# 診 療 情 報 提 供 書

20 年 月 日

担当医 宛

(ご紹介元医療機関の所在地及び名称)

(電話番号)

(ご担当医氏名)

印

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女
患者住所			
電話番号	( )		
生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日	年齢	歳

傷病名
既往歴 ・ 家族歴ほか
症状 ・ 検査 ・ 治療経過ほか
現処方
備考 ・ 特記事項

<p>集団生活において注意を要する感染症の有無</p> <p>・ 結核（胸部レントゲン所見）・・・（＋ ・ －） 【検査日： 月 日】</p> <p>・ HBs抗原・・・（＋ ・ －）</p> <p>・ HCV抗体・・・（＋ ・ －）</p> <p>・ その他 （ ）</p> <p>※上記検査項目に関して、貴院所定の書式があれば代用可能。</p>
--