

診療情報提供書

令和 年 月 日

医療法人社団 仙石病院
心臓血管センター
宗久 雅人 殿

所在地 _____

施設名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

紹介医 _____

患者様を御紹介申し上げます。よろしく御高診お願い致します。

患者氏名	
患者住所	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 男 ・ 女
電話番号	

症状 (心臓)	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 動脈硬化が不安 <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 脈のみだれ <input type="checkbox"/> 心電図やレントゲンの異常 <input type="checkbox"/> その他 ()
症状 (下肢)	<input type="checkbox"/> 足の痛み <input type="checkbox"/> 間欠性跛行 <input type="checkbox"/> 下肢の冷感・しびれ感 <input type="checkbox"/> 傷が治りにくい <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査依頼 <input type="checkbox"/> 治療依頼 <input type="checkbox"/> すべておまかせ <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項	