

診療情報提供書

医療法人 麻生整形外科病院 宛
〒001-0908
札幌市北区新琴似8条2丁目2番5号
電話番号 011-764-3311
FAX番号 011-763-5179

医療機関名：
住 所：
医 師 名：
電話番号： ()
FAX番号： ()

フリガナ		性別	生 年 月 日	
患者氏名		男・女	大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
住 所		電話番号	()	
		自宅以外の連絡先	()	

紹介目的 1. 診察 2. 検査 3. その他 ()

主訴または傷病名

症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方

患者の状態
身長 () cm ・ 体重 () kg 移動方法 歩行可 車椅子 ストレッチャー
体内金属 無 有 (挿入物または機種：)
その他患者に関する留意事項：