

# 診療情報提供書

湘南藤沢徳洲会病院

年 月 日

電話 0466(35)1177(代) FAX 0466(35)1300(代)

住 所  
名 称  
電 話  
F A X  
医師名

科  
様

印

患 者	氏名 ..... 性別 男・女 職業 ..... 生年月日 明・大・昭・平 ..... 年 ..... 月 ..... 日 ..... 歳
病 名 (主 訴)	
紹 介 目 的	
既 往 歴	薬剂アレルギー (有 ..... 無)
病 状 経 過 治 療 経 過 検 査 結 果 処 方 内 容 等	
そ の 他	

備考 レントゲンフィルム 有・無 心電図記録等 有・無 検査結果伝票 有・無