

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名
板橋中央総合病院

紹介元医療機関名・所在地

科 先生

緊急の(有・無)
入院希望の(有・無)
在宅時医学総合管理料等の算定【無・有(最終算定日 月)】

科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
患者氏名				
住 所	〒		TEL ()	
紹介目的				
病 名 (主 訴)				
既 往 歴 家 族 歴				
病状経過 治療経過 検査結果				
現在の処方				