

患者氏名 :
患者ID :

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

Документ про направлення пацієнта /Patient Referral Document/ 診療情報提供書

До/To/病院: _____

Адреса/Address/住所: _____

Увазі/Attn/先生: _____

Назва лікарні/Hospital name/病院名: _____

Відділення/Department/診療科: _____

Печатка/Seal/印

Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日

| | | |
|--|---|--|
| Ім'я/Name /氏名 | Стать/Sex /性別 | <input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女 |
| Дата народження (РРРР/ММ/ДД) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日 | Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日 | Вік/Age /年齢 Роки /years old /歳 |
| Адреса/Address /住所 | | |
| Номер телефону (домашній) /Phone No. (Home) /電話 (自宅) | Номер телефону (мобільний) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯) | |
| Посада/Occupation /職業 | | |
| Діагноз/Diagnosis /傷病名 | | |
| Причина для направлення /Reason for referral /紹介目的 | | |
| Медична історія пацієнта та його/її родини /Medical history of patient and his/her family /既往歴及び家族歴 | | |
| Перебіг хвороби, результати аналізів і короткий опис лікування /Clinical course, test results, and treatment summary /症状経過及び 検査結果・治療経過 | | |
| Поточне лікування /Current medication /現在の処方 | | |
| Додані матеріали /Materials attached /資料添付 | <input type="checkbox"/> Ні/No/無 <input type="checkbox"/> Так/Yes /有 → <input type="checkbox"/> Рентген/X-ray/X線 <input type="checkbox"/> Комп. томографія/CT <input type="checkbox"/> МРТ/MP/MRI/MR <input type="checkbox"/> Ендоскопія/Endoscopy/内視鏡 <input type="checkbox"/> Ультразвук/Ultrasound/超音波 <input type="checkbox"/> Електрокардіограма/ECG/心電図 <input type="checkbox"/> Аналіз крові/Blood test/採血検査 <input type="checkbox"/> Виписка з історії хвороби /Discharge summary/退院サマリ | |