

患者氏名 :
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

Dokumen Rujukan Pasien /Patient Referral Document/ 診療情報提供書

Rumah Sakit/To/病院: _____ Alamat/Address/住所: _____

Dokter/Attn/先生: _____ Nama Rumah Sakit/Hospital name/病院名: _____

Departement/Department/診療科: _____

Tanda Tangan/Seal/印
Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal/Day/日

Nama/Name /氏名		Jenis Kelamin/Sex /性別	<input type="checkbox"/> Laki-Laki/Male/男 <input type="checkbox"/> Perempuan/Female/女
Tanggal Lahir (Tahun/Bulan/Tanggal) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal/Day/日	Usia/Age /年齢	Tahun /years old /歳
Alamat/Address /住所			
Nomor Telepon (Rumah) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)	Nomor Telepon (Handphone) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)		
Pekerjaan/Occupation /職業			
Diagnosa/Diagnosis /傷病名			
Alasan Rujukan /Reason for referral /紹介目的			
Riwayat medis pasien dan keluarga /Medical history of patient and his/her family /既往歴及び家族歴			
Perjalanan klinis, hasil tes, dan ringkasan pengobatan /Clinical course, test results, and treatment summary /症状経過及び 検査結果・治療経過			
Pengobatan yang sedang dijalani /Current medication /現在の処方			
Materi terlampir /Materials attached /資料添付	<input type="checkbox"/> Tidak/No/無 <input type="checkbox"/> Ya/Yes /有 → <input type="checkbox"/> Sinar X/X-ray/X線 <input type="checkbox"/> CT Scan/CT <input type="checkbox"/> MPT/MP/MRI/MR <input type="checkbox"/> Endoskopi/Endoscopy/内視鏡 <input type="checkbox"/> Ultrasound/超音波 <input type="checkbox"/> Elektrokardiogram/ECG/心電図 <input type="checkbox"/> Tes Darah/Blood test/採血検査 <input type="checkbox"/> Ringkasan Pelepasan/Discharge summary/退院サマリ		