

患者氏名 :
患者ID :

हिंदी/ Hindi / हिन्दी-एंग्लिश

रोगी रेफरल दस्तावेज़ / Patient Referral Document / 診療情報提供書

अस्पताल / To / 病院:

पता / Address / 住所:

डाक्टर / Attn / 先生:

अस्पताल का नाम / Hospital name / 病院名:

विभाग / Department / 診療科:

मुहर / Seal / 印

वर्ष / Year / 年 महीना / Month / 月 दिन / Day / 日

पूरा नाम / Name / 氏名		लिंग / Sex / 性別	<input type="checkbox"/> पुरुष / Male / 男 <input type="checkbox"/> महिला / Female / 女
जन्म की तारीख (YYYY/MM/DD) / Date of birth (YYYY/MM/DD) / 生年月日	वर्ष / Year / 年 महीना / Month / 月 दिन / Day / 日	आयु / Age / 年齢	वर्षों पुराना / years old / 歳
पता / Address / 住所			
फ़ोन नंबर (होम) / Phone No. (Home) / 電話 (自宅)	फ़ोन नंबर (मोबाइल) / Phone No. (Mobile) / 電話 (携帯)		
पेशा / Occupation / 職業			
निदान / Diagnosis / 傷病名			
रेफरल करने की वजह / Reason for referral / 紹介目的			
रोगी और उसके परिवार का चिकित्सा इतिहास / Medical history of patient and his/her family / 既往歴及び家族歴			
नैदानिक पाठ्यक्रम, परीक्षण परिणाम और उपचार सारांश / Clinical course, test results, and treatment summary / 症状経過及び 検査結果・治療経過			
वर्तमान दवा / Current medication / 現在の処方			
अनुलग्न किए गए दस्तावेज़ / Materials attached / 資料添付	<input type="checkbox"/> नहीं / No / 無 <input type="checkbox"/> हाँ / Yes / 有 → <input type="checkbox"/> एक्स-रे / X-ray / X線 <input type="checkbox"/> सीटी / CT <input type="checkbox"/> MPT / MP / MRI / MR <input type="checkbox"/> एंडोस्कोपी / Endoscopy / 内視鏡 <input type="checkbox"/> अल्ट्रासाउंड / Ultrasound / 超音波 <input type="checkbox"/> ईसीजी / ECG / 心電図 <input type="checkbox"/> रक्त परीक्षण / Blood test / 採血検査 <input type="checkbox"/> डिस्चार्ज सारांश / Discharge summary / 退院サマリ		