

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

Patient Referral Document

/ 診療情報提供書

To/病院: _____

Address/住所: _____

Attn/先生: _____

Hospital name/病院名: _____

Department/診療科: _____

Seal/印

Year/年 Month/月 Day/日

Name /氏名		Sex /性別	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女
Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Year/年 Month/月 Day/日	Age /年齢	years old/歳
Address /住所			
Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Occupation /職業			
Diagnosis /傷病名			
Reason for referral /紹介目的			
Medical history of patient and his/her family /既往歴及び家族歴			
Clinical course, test results, and treatment summary /症状経過及び 検査結果・治療経過			
Current medication /現在の処方			
Materials attached /資料添付	<input type="checkbox"/> No/無 <input type="checkbox"/> Yes /有 → <input type="checkbox"/> X-ray/X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI/MR <input type="checkbox"/> Endoscopy/内視鏡 <input type="checkbox"/> Ultrasound/超音波 <input type="checkbox"/> ECG/心電図 <input type="checkbox"/> Blood test/採血検査 <input type="checkbox"/> Discharge summary/退院サマリ		