

患者氏名 :
患者ID :

Español/スペイン語

Hoja de remisión médica del paciente / 診療情報提供書

Hospital/病院: _____

Dirección/住所: _____

Doctor(a)/先生: _____

Nombre del hospital/病院名: _____

Especialidad/診療科: _____

Firma/印

Año/年

Mes/月

Día/日

Nombre y Apellido /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Femenino/女
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) /生年月日	Año/年 Mes/月 Día/日	Edad /年齢	Años/歳
Dirección /住所			
Número de teléfono (domiciliario) /電話 (自宅)		Número de teléfono (móvil) /電話 (携帯)	
Ocupación /職業			
Nombre de la lesión o enfermedad /傷病名			
Motivo de petición de la remisión /紹介目的			
Antecedente médico personal y familiar /既往歴及び家族歴			
Progreso de la enfermedad actual, resultados de las pruebas médicas y tratamientos recibidos /症状経過及び 検査結果・治療経過			
Prescripción actual /現在の処方			
Documentos adjuntos /資料添付	<input type="checkbox"/> Ninguno/無 <input type="checkbox"/> Sí, los siguientes /有 → <input type="checkbox"/> Radiografía/X線 <input type="checkbox"/> TC/CT <input type="checkbox"/> IRM/MR <input type="checkbox"/> Endoscopia/内視鏡 <input type="checkbox"/> Ecografía/超音波 <input type="checkbox"/> Electrocardiograma/心電図 <input type="checkbox"/> Análisis de sangre/採血検査 <input type="checkbox"/> Resumen de alta/退院サマリ		