

患者氏名 :
患者ID :

Português/ポルトガル語

Carta de Apresentação (Relatório médico) / 診療情報提供書

Hospital/病院:

Endereço/住所:

Doutor(a)/先生:

Nome do hospital/病院名:

Departamento/診療科: **carimbo/印**

Ano/年 Mês/月 Dia/日

Nome /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Feminino/女
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia) /生年月日	Ano/年 Mês/月 Dia/日	Idade /年齢	Anos/歳
Endereço /住所			
Telefone residencial /電話 (自宅)		Telefone celular /電話 (携帯)	
Profissão /職業			
Nome da doença ou lesão /傷病名			
Objetivo da recomendação /紹介目的			
História clínica e Histórico familiar /既往歴及び家族歴			
Evolução clínica, resultados de exames laboratoriais e tratamentos recebidos /症状経過及び 検査結果・治療経過			
Prescrição atual /現在の処方			
Documentos anexos /資料添付	<input type="checkbox"/> Não há/無 <input type="checkbox"/> Há/有→ <input type="checkbox"/> Raios X/X線 <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada/CT <input type="checkbox"/> Ressonância magnética/MR <input type="checkbox"/> Endoscopia/内視鏡 <input type="checkbox"/> Ultrassonografia/超音波 <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma/心電図 <input type="checkbox"/> Exame de sangue/採血検査 <input type="checkbox"/> Sumário da alta hospitalar/退院サマリ		