

診療情報提供書

平成 年 月 日

小倉記念病院

×× 科 △△△△△ 先生
医療連携課 FAX : 0120-020-027

医療機関名 ●●●●●●クリニック

医 師 名 ○○○○○○

TEL ***-****

FAX ***-****

患者氏名	記念 太郎 様 男	生年月日 明・大・ <u>昭</u> ・平 16 年 3 月 5 日 (66 歳)
治 療 歴 (既往歴も)	() 以前から通院中	() 今回初診 () 通院は断続的
主たる傷病名	() 詳細不明 () 高血圧 () 高脂血症 () 糖尿病 : () SU 剤 () インスリン治療 () 陳旧性心筋梗塞・狭心症 ; () 亜硝酸剤投与 () 脳梗塞 () 脳出血 () 脳卒中 (病型不明) () その他 病名 _____	
発 症	年 月 日 () 発症日不明	
治 療 内 容 および 処 方 内 容		
特記すべき留意事項 (注 : 治療上の留意点、薬物アレルギーの既往などがあれば記載して下さい。)		