

診療情報提供書

社会福祉法人成晃会

医療機関の所在地および名称

「ポート愛ランド。老健」御中

科 医師氏名

氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日生 () 歳
現住所	電話番号：				

紹介目的	
主病名 (発病月日を含む)	
共存現病名 (発病年頃を含む)	
既往症 (発病年頃を含む)	
現病歴 (共存現病名の 治療内容・経過も 含む)	
現在の処方	
胸部 X 線所見	異常： なし・あり 所見： 年 月 日撮影
心電図所見	年 月 日検査
留意事項・その他 (疾患・障害、薬物 アレルギーも含む)	

脳疾患を有する時は頭部 CT (and/or MRI)、弁膜症・心筋症・または心不全を有する時は心エコー所見・BNP、その他疾患に応じて画像 (CD 等) 添付をお願いします。(裏面に続く)