

診療情報提供書



熱海所記念病院 宛

平成 年 月 日

病院名

住 所

TEL

()

ご担当医

科

印

患者氏名	様		男・女	年	月	日	歳
傷病名				発症日	年	月	日
既往歴							
手術歴	無・有	年	月	日	術名		
症状経過							
血液データ	CRP		GPT		BUN		HBs
	WBC		LDH		Cr		HCV
	RBC		TP		Na		W氏
	Plt		T-CHO		K		
	GOT		HbA1c	(糖尿病の方のみ)	Cl		RPR
*血液データを添付いただければ、記入は不要です。平成 年 月 日							
内服薬							
*処方箋を添付いただければ、記入は不要です。							