

診療情報提供書

年 月 日

エスコート磯原
嘱託医 御机下

所在地
医療機関名
医師名

氏名		性別	男・女	生年月日	年	月	日	歳
住所				電話番号				
傷病名 既往歴等								
症状 治療状況 検査結果							胸部X-P所見	
							 異常無し ・ 異常有り ()	
感染症	HBS抗原	無・有	HCV抗体	無・有	梅毒	(方法)	(結果)	
カテーテル等	胃ろう ・ 腸ろう ・ ペースメーカー ・ 人工肛門 ・ バルンカテーテル ・ その他()							
※直近の画像診断、検査の記録を添付して下さい。								
現在の処方								

※必要の場合は、続紙に記載して添付して下さい。

社会福祉法人 白寿会 エスコート磯原
〒319-1534 茨城県北茨城市華川町車1145-65
☎ 0293-42-8910
✉ hakuju-8910@earth.ocn.ne.jp