（西暦）　　年　　月　　日

**診療情報提供書**

医療機関　医療法人社団 済安堂

　　　　　大宮・井上眼科クリニック

医師名　　　　　　　　　　　　先生

　　　　　　　　　　　所在地　〒　　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | 氏名 | 殿 | 性別 | 男性　・　女性 |
| 生年月日 | （明・大・昭・平・令）　　年　　　　月　　　日 | 年齢 | 歳 |

|  |
| --- |
| 病名または主訴 |
| 紹介目的 |
| 既往歴 及び 家族歴 |
| 薬剤アレルギー |
| 症状・治療経過・検査結果 |
| 現在の処方 |
| 患者返送希望　　　　　あり（診断治療後／手術後直ちに）　・　なし |

|  |  |
| --- | --- |
| 視力 | 眼圧 |
| 右＝ (　　×Sph　　D=Cyl　　D　　Ax　　゜）  左＝ (　　×Sph　　D=Cyl　　D　　Ax　　゜） | 右＝ 　　mmHg  左＝ 　　mmHg |