

千葉メディカルセンター 消化器外科 診療情報提供書（紹介状）

年 月 日

千葉メディカルセンター
消化器外科

先生 御侍史

名称	
住所	
電話	FAX
医師名	印

フリガナ			性別	☐ 男	☐ 女	年齢	歳
患者氏名			生年 月日	年		月	日
当院受診歴： ☐ 無 ☐ 有 当院の診察券番号：							
主訴又は 病名・病状	☐ 胆嚢炎 ☐ 虫垂炎 ☐ 憩室炎 ☐ 腹膜炎疑い ☐ 腸閉塞 ☐ 下腹部痛 ☐ 鼠径ヘルニア ☐ 腹壁癍痕ヘルニア その他（						
	☐ 有 嘔吐 ☐ 有 嘔気 ☐ 有 下痢 ☐ 有 腹部 ☐ 有 黄疸 ☐ 無 ☐ 無 ☐ 無 ☐ 無 膨満 ☐ 無 便 性状（						
既往歴	☐ 脂質異常症 ☐ 高尿酸血症 ☐ 糖尿病 ☐ 慢性心不全 ☐ 高血圧 ☐ その他（						
病状経過 治療経過 検査結果							
現在の処方 （上記除く）							
備考							