

患者氏名 :
患者ID :

中文/中国語

诊疗信息提供书（转诊单）（介绍信） / 診療情報提供書

医院/病院 _____ 医院住址/住所: _____
医生/先生 _____ 医院名称/病院名: _____
科/診療科 _____ 盖章/印 _____
年/年 月/月 日/日

姓名 /氏名		性别 /性別	<input type="checkbox"/> 男/男 <input type="checkbox"/> 女/女
出生年月日 /生年月日	年/年 月/月 日/日	年龄 /年齢	周岁/歳
住址 /住所			
家庭电话 /電話（自宅）		手机号码 /電話（携帯）	
职业 /職業			
伤病名 /傷病名			
介绍（转诊）目的 /紹介目的			
既往史及家族史 /既往歴及び家族歴			
症状经过及检查结果与治疗经过 /症状経過及び検査結果・治療経過			
目前用药 /現在の処方			
附加资料 /資料添付	<input type="checkbox"/> 无/無 <input type="checkbox"/> 有/有 → <input type="checkbox"/> X光片/X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 内窥镜/内視鏡 <input type="checkbox"/> 超声波/超音波 <input type="checkbox"/> 心电图/心電図 <input type="checkbox"/> 血液检查/採血検査 <input type="checkbox"/> 出院记录/退院サマリ		