

患者氏名 :
患者ID :

Español/スペイン語

Hoja de remisión médica del paciente / 診療情報提供書

Hospital/病院:

Dirección/住所:

Doctor(a)/先生:

Nombre del hospital/病院名:

Especialidad/診療科:

Firma/印

Año/年

Mes/月

Día/日

Nombre y Apellido / 氏名		Sexo / 性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Femenino/女
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) / 生年月日	Año/年 Mes/月 Día/日	Edad / 年齢	Años/歳
Dirección / 住所			
Número de teléfono (domiciliario) / 電話 (自宅)		Número de teléfono (móvil) / 電話 (携帯)	
Ocupación / 職業			
Nombre de la lesión o enfermedad / 傷病名			
Motivo de petición de la remisión / 紹介目的			
Antecedente médico personal y familiar / 既往歴及び家族歴			
Progreso de la enfermedad actual, resultados de las pruebas médicas y tratamientos recibidos / 症状経過及び 検査結果・治療経過			
Prescripción actual / 現在の処方			
Documentos adjuntos / 資料添付	<input type="checkbox"/> Ninguno/無 <input type="checkbox"/> Sí, los siguientes / 有 → <input type="checkbox"/> Radiografía/X線 <input type="checkbox"/> TC/CT <input type="checkbox"/> IRM/MR <input type="checkbox"/> Endoscopia/内視鏡 <input type="checkbox"/> Ecografía/超音波 <input type="checkbox"/> Electrocardiograma/心電図 <input type="checkbox"/> Análisis de sangre/採血検査 <input type="checkbox"/> Resumen de alta/退院サマリ		