

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		