

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

Patient Referral Document
/ 診療情報提供書

To/病院:

Address/住所:

Attn/先生:

Hospital name/病院名:

Department/診療科:

Seal/印

Year/年 Month/月 Day/日

Name / 氏名		Sex / 性別	☐ Male/男 ☐ Female/女
Date of birth (YYYY/MM/DD) / 生年月日	Year/年 Month/月 Day/日	Age / 年齢	years old/歳
Address / 住所			
Phone No. (Home) / 電話 (自宅)		Phone No. (Mobile) / 電話 (携帯)	
Occupation / 職業			
Diagnosis / 傷病名			
Reason for referral / 紹介目的			
Medical history of patient and his/her family / 既往歴及び家族歴			
Clinical course, test results, and treatment summary / 症状経過及び 検査結果・治療経過			
Current medication / 現在の処方			
Materials attached / 資料添付	☐ No/無 ☐ Yes /有→ ☐ X-ray/X線 ☐ CT ☐ MRI/MR ☐ Endoscopy/内視鏡 ☐ Ultrasound/超音波 ☐ ECG/心電図 ☐ Blood test/採血検査 ☐ Discharge summary/退院サマリ		

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.