高知県ＤＰＡＴ　診療情報提供書

　　　　　　　　　　　　　　　病院・医院

　　　　　　　　　　　　　　　先生

**診　療　情　報　提　供　書**

　患者　　　　　　　　　　　　様を御紹介申し上げます。

　私どもは先の「　　　　　　　　　」にあたり、高知県ＤＰＡＴによる診療を行っております。

　当所における診断及び、診察経過は下記のとおりです。御高診、御加療のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | | 男・女 | 年　　　月　　　日　生 |
| 住　　所  連絡先　TEL　　　（　　　　　） | | | |
| 主訴及び  疾病名（診断名） |  | | |
| 診療情報  提供目的 |  | | |
| 【既往歴】  　※　感染症　　　無　・　有（HB抗原・HCV・その他　　　　　　　　　）  　※　アレルギー　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 【症状経過】 | | | |
| 【現在の処方】 | | | |

　　　年　　　月　　　日

※患者さんが受診されましたら、下記連絡先までご連絡をお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知県ＤＰＡＴ第　　　班

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師（署名）

連絡先：　　　　　－　　　　　－

高知県ＤＰＡＴ　診療情報提供書（本人交付用）

　　　　　　　　　　　　　　　病院・医院

　　　　　　　　　　　　　　　先生

**診　療　情　報　提　供　書**

　患者　　　　　　　　　　　　様を御紹介申し上げます。

　私どもは先の「　　　　　　　　　」にあたり、高知県ＤＰＡＴによる診療を行っております。

　当所における診断及び、診察経過は下記のとおりです。御高診、御加療のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | | 男・女 | 年　　　月　　　日　生 |
| 住　　所  連絡先　TEL　　　（　　　　　） | | | |
| 主訴及び  疾病名（診断名） |  | | |
| 診療情報  提供目的 |  | | |
| 【既往歴】  　※　感染症　　　無　・　有（HB抗原・HCV・その他　　　　　　　　　）  　※　アレルギー　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 【症状経過】 | | | |
| 【現在の処方】 | | | |

　　　年　　　月　　　日

※患者さんが受診されましたら、下記連絡先までご連絡をお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知県ＤＰＡＴ第　　　班

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師（署名）

連絡先：　　　　　－　　　　　－

高知県ＤＰＡＴ　診療情報提供書（ＤＰＡＴ控え用）

　　　　　　　　　　　　　　　病院・医院

　　　　　　　　　　　　　　　先生

**診　療　情　報　提　供　書**

　患者　　　　　　　　　　　　様を御紹介申し上げます。

　私どもは先の「　　　　　　　　　」にあたり、高知県ＤＰＡＴによる診療を行っております。

　当所における診断及び、診察経過は下記のとおりです。御高診、御加療のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | | 男・女 | 年　　　月　　　日　生 |
| 住　　所  連絡先　TEL　　　（　　　　　） | | | |
| 主訴及び  疾病名（診断名） |  | | |
| 診療情報  提供目的 |  | | |
| 【既往歴】  　※　感染症　　　無　・　有（HB抗原・HCV・その他　　　　　　　　　）  　※　アレルギー　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 【症状経過】 | | | |
| 【現在の処方】 | | | |

　　　年　　　月　　　日

※患者さんが受診されましたら、下記連絡先までご連絡をお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知県ＤＰＡＴ第　　　班

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師（署名）

連絡先：　　　　　－　　　　　－