

診療情報提供書

紹介元医療機関：_____ 先生

患者氏名：_____ 様

生年月日：_____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

住所：_____

主訴・経過：_____

既往歴：_____

妊娠週数：_____ 週 _____ 日

合併症：_____

紹介目的（該当するものに○）：

- ☐ 妊娠希望の方の TSH 管理
- ☐ バセドウ病・橋本病の患者の妊娠管理
- ☐ 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠
- ☐ その他（ _____ ）

現病歴・検査所見：_____

治療経過：_____

検査項目：

- ☐ 採血（TSH, FT4, HbA1c など）
- ☐ 尿検査
- ☐ 超音波検査

□ その他（ ）

ご依頼されたい事項：

紹介先医療機関：しもやま内科

〒274-0816 千葉県船橋市芝山 4-33-5

TEL：047-467-5500 FAX：047-467-7500

院長 下山 立志

返書

患者氏名： 様

診療内容・検査結果：

治療方針：

その他コメント：

返書作成医療機関： _____

医師名： _____

日付： 年 月 日