

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

担当医 _____ 科 _____ 様

紹介元医療機関 _____ FAX番号 _____
所在地及び名称 _____

医師名 _____ 印 電話番号 _____

患者氏名		性別	男 ・ 女
患者住所		電話番号	— —
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)	職業	

1. 主訴又は病名
2. 紹介目的
3. 既往歴及び家族歴
4. 症状経過及び検査結果
5. 治療経過
6. 現在の処方
7. 備考 薬物禁忌 無 ・ 有 () 感染症 無 ・ 有 ()

備考 1. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。