診療情報提供書

平成　　　年　　　月　　　日

大阪市立十三市民病院

担当医　　　　　　　　　科

　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　（　男・女　） | | | 職業 |
| 生年月日　　明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） | | |
| 傷病名 | | | |
| 紹介目的　　　　　　　　　　　　　　　　　　既往歴及び家族歴 | | | |
| 症状の治療・経過及び検査結果 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 現在の処方 | | | |
| **薬物禁忌**　　　無　　・　　有　　　　　　　　　　　　**感染症**　　　無　　　・　　　有  　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　） | | | |
| フィルム  貸　　出 | X線 枚　　　　 MRI　　　　　　　枚  CT 枚 | 備　考 |

✴必要がある場合は、続紙に記載して添付してください。

✴必要がある場合は、フィルム、検査の記録等を添付してください。