

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

大阪府立十三市民病院

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 CT 枚	MRI 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。