診 療 情 報 提 供 書

令和　　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・令　　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。