

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

- ・老人医療負担割合（1割・2割）
- ・一般病床入院の希望（有・無）
- ・開放型病床入院の希望（有・無）
- ・酸素の要（有・無）

所在地

医療機関

TEL

FAX

科 先生

受診予定日 平成 年 月 日

医師氏名

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名			年 月 日 ( 歳)	
住所			TEL ( )	

上記の患者さんを紹介します。

備考 1、必要がある場合は続紙に記載して添付願います。 2、必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付願います。	傷病名	
	紹介目的	
	1. 既往歴 家族歴	
	2. 病状 経過	
	3. 検査結果	
	4. 治療経過	
5. 処方		
6. 備考		