**診療情報提供書**

作成日 年 月 日

紹介先

医療機関名

担当医 科 先生

紹介元

医療機関の名称

所在地

電話番号 （ ）

担当医師 印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 |  |
| 患者住所 |  | | | |
| 連絡先 | （　　　　　　　） | 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　　　　年　　　　月　　　日 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 傷病名 |  | | |
| 紹介目的 | |  | |
| 既往歴及び家族歴 | | |  |
| 症状経過及び  検査所見 | | |  |
| 治療経過： | | | |
| 現在の処方 | | | |
| その他留意点 | | | |
| 備考 | | | |