

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名 : \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ ( )  
診療科名 : \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ ( )  
医師名 : \_\_\_\_\_

患者様氏名 : \_\_\_\_\_ 様 (男・女) M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳

【紹介目的】
【現傷病名】
【既往歴】
【症状、治療経過】
【服薬内容】
【患者・家族への病状説明】
【備考】