

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関

医療法人
社団有隣会

東大阪病院

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	X線	枚	MRI	枚	備考
貸出	CT	枚			

必要がある場合は、続紙に記載して添付願います。
必要がある場合は、フィルム、検査の記録等を添付願います。