診療情報提供書（紹介状）

年　　月　　日

社会医療法人有隣会

東大阪病院

科　　先生宛

紹介元医療機関所在地及び名称

医師名	
電話番号	
FAX番号	

患者様名：　　様	□ 男　□ 女

生年月日：□ 大　□ 昭　□ 平　□ 令 □西暦　　年　　月　　日　　歳

傷病名：

紹介目的	□　外来診療	□　検査	□　入院加療	該当項目に☑をお願いします □ 在宅時医学総合管理料を算定している

症状の治療・経過及び検査結果

現在の処方（処方箋コピー、お薬手帳が有れば不要です）

ddd

薬物禁忌　□ 無　□ 有 （　　）	感染症 □ 無 □ 有 （　　）
画像貸し出し　□ 有　□ 無	備考