

診療情報提供書 II

あて先

T(573-8511)

枚方市星丘4丁目8番1号

星ヶ丘医療センター

医師 宛

患者様のおなまえ

様

生年月日

(才)

(M・T・S・H 年 月 日生) 男・女

右の患者さんをご紹介します。

なお、ご参考までに当科の所見などを下記のとおり

お知らせいたします。

住所

病院名

担当医

平成 年 月 日

記

1.傷病名

2.紹介目的

3.既往歴及び家族歴

4.症状経過及び検査結果

5.治療経過

6.現在の処方

7.備考

備考

1.必要がある場合は、続紙に記載して添付すること。

2.必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付すること。