（別紙３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療情報提供書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

済生会吹田病院

担当医　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男  ・  女 | 明・大・昭・平・令  　　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日生  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| 患者氏名 | 様 |
| 傷病名 | | | |
| 紹介目的 | | | |
| 既往歴及び家族歴  症状経過及び検査結果  治療結果  現在の処方 | | | |
| 薬物禁忌　　無・有（　　　　　　　　）　感染症　無・有（HBs抗原・HCV抗体・RPR・TPHA） | | | |