

## 診療情報提供書

〒113-0034 東京都文京区湯島 3-5-7

平成 年 月 日

医療機関名 東都文京病院

担当科 \_\_\_\_\_ 科 医療機関の所在地及び名称 \_\_\_\_\_  
電 話 番 号 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_ 先生 F A X 番 号 \_\_\_\_\_  
担 当 科 名 \_\_\_\_\_  
医 師 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

患者	氏 名	殿	職業	
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)	男・女

紹 介 目 的	
---------	--

傷 病 名 (主訴又は病名)	
既 往 歴 及 び 家 族 歴	薬物アレルギー (有 ・ 無 )
病状経過 及び 検 査 結 果 治 療 経 過	
現 在 の 処 方	
備 考	