

# 医療機関用診療情報提供書

医療機関名 京 都 桂 病 院

年 月 日

担当医 科 (担当医名)

医療機関の所在地

及び 名 称

電話番号

医師 氏 名

印

患 者	氏 名		職 業	
	住 所			
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 ( 才)	男・女
紹 介 目 的 (紹介後の方針 に関する希望) 患者に関する 留意事項等				

主訴又は病名	
既往症及び家族歴	嗜好 薬剤アレルギー
症状経過及び 検査結果 治療経過等	
現在の処方	
備 考	

(紹介医用)