

紹 介 状 (診療情報提供書)

京都府立医科大学附属病院
科

様

令和 年 月 日

医療機関の所在地

名 称

電 話 番 号

科 名

医 師 氏 名

印

| | | | | |
|----|------|---------|-------------|--------|
| 患者 | 氏 名 | | 職 業 | |
| | 生年月日 | 大・昭・平・令 | 年 月 日生 (歳) | 性別 男・女 |

| | |
|--------------------------------|---|
| 傷 病 名 | |
| 紹 介 目 的 | |
| 既 往 歴 及 び 家 族 歴 | |
| 病状経過及び 検 査 結 果 治 療 経 過 等 | |
| 現在の処方 | |
| 添 付 書 類 | ア 検査結果の記録(有・無) イ 画像診断フィルム(有・無) ウ 退院後の計画治療(有・無) エ その他() |
| 備 考 | |

備考 1 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
2 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみ御記入下さい。