

診療情報提供書

様式2

平成 年 月 日

NTT西日本大阪病院

担当医 _____ 科 _____ 先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

医師氏名 _____

電話番号 (_____)

FAX (_____)

フリガナ _____ 生年月日 M・T・S・H _____ 年 月 日(_____ 歳)
患者氏名 _____ 性別 男 ・ 女

住所 〒 _____

電話番号 (_____)

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.治療経過及び現在の処方

6.紹介目的終了後の診療方針（何れかに○を付けてください。）

①紹介元医療機関 ②NTT西日本大阪病院 ③両者の相談により決定

NTT西日本大阪病院 地域医療連携室 TEL:06-6773-8012 FAX:06-6773-8017

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.必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。