

診 療 情 報 提 供 書

大阪府済生会泉尾病院 御中

令和 年 月 日

科 先生

紹介元医療機関の名称及び所在地

名 称 :

所 在 地 :

地域連携課（直通）

TEL 06-6552-0390

FAX 06-6552-0560

電話番号 :

FAX番号 :

医師 :

ふりがな

患者氏名

生年月日 大昭平令 年 月 日生（男・女）（ 歳 ） 職業

主訴あるいは傷病名

紹介目的 ☐ 判読依頼

既往症および家族歴

症状、経過、検査結果等

現在の処方

開放型病床 副主治医:（希望する・希望しない） 在宅管理料 算定:（有・無）

禁忌薬物 無・有（ ） 感染症 無・有（ ）

オンデマンドバス希望:（有・無）