

診療情報提供書

令和 年 月 日

医療機関 東京大学医学部附属病院

担当科 _____ 科

医師名 _____

医療機関の
所在地及び名称 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

担当科名 _____

医師氏名 _____ (印)

患者	氏名				職業
	生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日生 (歳)	男 女	

紹介目的	
------	--

疾病名 (主訴又は病名)	
-----------------	--

既往歴及び 家族歴	嗜好 薬物アレルギー(有 無)
--------------	------------------

症状経過 及び 検査結果 治療経過	
----------------------------	--

現在の処方	
-------	--

備考 (患者に関する留意事項)	
--------------------	--

●画像診断のフィルム、検査の記録等があれば添付してください。

●東大病院では、紹介状等は診療記録の一部として患者さんへの開示対象としていることをご承知ください。