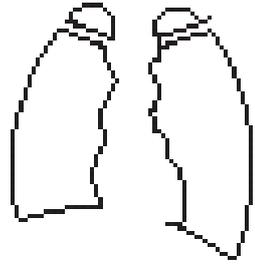


診療情報提供書

フリガナ		性別	男	生年月日(満 歳)
氏名			女	M・T・S 年 月 日
住所	(-)			
	TEL -()-			
傷病名				
①既往歴及び家族歴の特記事項				
②症状経過・検査結果・治療経過			③胸部 X 線 異常有・無()	
				
			年 月 日	
現在の 処方				
上記の通り報告致します。				
			年 月 日	
所在地 医療機関名 医師名			印	