

診 療 情 報 提 供 書

平成 年 月 日

医療機関 東京大学医学部附属病院

担当科 小児 科

医療機関の所在地および名称

医師名 _____

電 話 番 号 _____

F A X 番 号 _____

担 当 科 名 _____

医 師 名 _____ 印

患 者	氏 名			
	生年月日	昭・平	年 月 日生 (歳)	男・女

紹 介 目 的	
---------	--

傷 病 名 (主訴又は病名)	
既往歴及び家族歴	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)	

備考 1. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付して下さい。