**診療情報提供書**

**医療機関** **東京大学医学部附属病院**

**2022年9月29日**

**担当科**＜担当科＞

**医師名**　＜医師名＞

**医療機関の所在地及び名称**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜所在地＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜名称＞

**電話番号** ＜電話番号＞

**FAX番号** ＜FAX番号＞

**担当科** ＜担当科＞

**医師氏名**　＜医師氏名＞　㊞

明・大・昭・平・令

有・無

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | ＜氏名＞ | 職業 | ＜職業＞ | |
| 生年月日 | ＜元号＞　＜年＞年　＜月＞月　＜日＞日　生（＜年齢＞歳） | | | ＜性別＞ |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 | ＜紹介目的＞ |

|  |  |
| --- | --- |
| 疾 病 名  （主訴又は病名） | ＜疾病名＞ |
| 既往歴及び  家族歴 | ＜既往歴＞  嗜好＜嗜好＞ 薬物アレルギー　有・無　（＜詳細＞） |
| 症状経過  　　　 及び  　　 検査結果  治療経過 | ＜症状経過及び検査結果治療経過＞ |
| 現在の処方 | ＜現在の処方＞ |
| 備　　 考  （患者に関する  留意事項） | ＜備考＞ |

**●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。**