

診療情報提供書

様式2

年 月 日

第二大阪警察病院

担当医 _____ 科 _____ 先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

〒 _____ 医師氏名 _____

電話番号 (_____) - _____ FAX (_____) - _____

フリガナ _____ 生年月日 M・T・S・H _____ 年 月 日(_____ 歳)

患者氏名 _____ 性別 男 ・ 女

住所 〒 _____

電話番号 (_____)

1.傷病名

2.紹介目的

3.既往歴及び家族歴

4.症状経過及び検査結果

5.治療経過及び現在の処方

6.紹介目的終了後の診療方針（何れかに○を付けてください。）

①紹介元医療機関 ②第二大阪警察病院 ③両者の相談により決定

第二大阪警察病院 地域医療連携室

TEL:06-6773-8012 FAX:06-6773-8017

備考 1.必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。

2.必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。

第 二 大 阪 警 察 病 院