

# 千代田区医療ステイ：診療情報提供書

令和 年 月 日

ふりがな					性別	男・女
氏名						
生年月日	大正	年	月	日	(	歳)
住所	〒				電話番号	
連絡先	ふりがな			続柄	電話番号	①
	氏名					
	住所	〒				②
身長	cm	： 体重	kg	： 血圧	/	mmHg
診断名				既往歴		
治療経過				投薬内容		
その他特記すべき検査データ等						
医師の意見						
特記事項						
上記のとおり診療情報を提供します。				令和	年	月 日
住所 〒				—		
医療機関等の名称						
医師名						

印