



## 診療情報提供書

〇〇病院  
担当先生 御机下

平成 29 年〇月〇日

大阪府吹田市〇〇〇-〇-〇  
医療法人〇〇会 〇〇医院  
TEL06-〇〇〇-〇〇〇〇  
FAX06-〇〇〇-〇〇〇〇  
医師名 〇〇 〇〇 印

---

ツリガナ レンジュウ タロウ  
患者氏名 練習 太郎 男性 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日生  
住所  
電話

---

平素から大変お世話になっております。診療にお忙しい毎日とは存じますが、上記の患者を紹介させていただきます。できましたら、入院でのご加療をよろしくお願いいたします。

傷病名 : 発熱（肺炎疑い）

紹介目的 : ご高診、ご加療（入院）のお願い。

既往歴及び家族歴

薬剤アレルギー：なし

2015 年脳梗塞

症状経過及び検査結果

当院で訪問診療中の患者さんです。

昨日より、発熱・咳・痰を認めております。

急性肺炎の必要性もあると考えて、紹介させていただく次第です。ご高診の上、入院でのご加療のほどよろしくお願いいたします。

現在の処方

1. 〇〇 3錠 分3食後

備考：検査結果を同封します。