

診療情報提供書・返信用

令和 年 月 日

病院（医院）

先生

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

患者	氏名		生 年 月 日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)	性別	男・女
	住所				職業	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>診断名</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>病 状</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>治療計画および処方内容</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>その他</p> </div>						