診 療 情 報 提 供 書

＜紹介先＞

大阪市立大学医学部附属病院第2外科

（心血管・肝胆膵・食道消化管・呼吸器・小児外科）グループ

担当医	

＜紹介元＞

医師氏名	
御施設名	
所在地	
電話番号	

患者様情報

氏　名		性別　男・女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）	

傷病名
紹介内容