

# 【既製品 診療情報提供書6043・6003 仕様変更のお知らせ】

## 令和8年診療報酬改定に対応した新様式デザインを変更いたします。

(旧) 既製品6043・6003

(新) 既製品6043・6003

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先  
医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 侍史 \_\_\_\_\_

紹介元医療機関の  
所在地及び名称 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

患者氏名	性別 男・女
患者住所	職業
電話番号	
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)	

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。  
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関等名の欄に紹介先市町村、  
保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

6043

変更点  
①医師の署名欄  
②備考



診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先  
医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 侍史 \_\_\_\_\_

紹介元医療機関の  
所在地及び名称 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	性別 男・女
患者住所	職業
電話番号	
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)	

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

記載上の注意 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。  
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、  
保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。  
4. 2 回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らか場合は、  
医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

6043

# (新) 既製品6043・6003

## 診療情報提供書

紹介先  
医療機関名 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 侍史 \_\_\_\_\_

紹介元医療機関の  
所在地及び名称

電話番号

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	性別 男・女
患者住所	職業
電話番号	
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 記載上の注意
1. 必要がある場合は紙面に記載して添付すること。
  2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
  3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関署名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険者名称を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。
  4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(旧) 医師氏名 (印)

(新) 医師署名 (又は記名押印)

(旧) 備考

(新) 記載上の注意

(追加) 4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。