

(様式 I)

# 診療情報提供書

申込年月日： 年 月 日 午前・午後 時 分

(紹介元医療機関) 〒

**至急** の場合○で囲んでください。

住所

名称

医師名

TEL

FAX

新城市民病院地域医療連携室 行

送付先FAX番号 (0536) 22-0086

該当診療科	科	予約希望日時	第1希望	月	日( )
希望医師	先生		第2希望	月	日( )
紹介患者	フリガナ 氏名	男女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日( 歳)		
	住所	〒			
	保険者番号		公費	公費負担者番号	
	記号		公費	公費受給者番号	
	番号	枝番	本人・家族	負担割合	割
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他(				
主訴又は傷病名					
既往歴及び家族歴					
症状経過					
検査結果					
治療経過					
依頼検査					
現在の処方					
診療後の方針	<input type="checkbox"/> 今後は共同診療(パートナー)を継続する。 <input type="checkbox"/> 病院治療検査後、診療所にて医学管理を行う。 <input type="checkbox"/> この疾患については、病院に依頼する。				