

(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	総合診療科 ・ 脳神経外科		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		男 女	生年月日 大・昭・平・令		
	氏名			年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒				
	保険者番号			TEL		
	記号			公費	公費負担者番号	
番号			公費	公費受給者番号		
		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	心エコー ・ 神経伝導速度 ・ 肺機能検査 ・ 脳波 ・ ホルター心電図					
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。					