

(様式1)

診療情報提供書

申込年月日:平成 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 | | 第1希望 | 月 | 日() | 時 |
| 希望医師 | *****先生 | | 予約希望日時 | 第2希望 | 月 | 日() 時 |
| 紹介患者 | フリガナ 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 月 日(歳) |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 保険者番号 | | | TEL | | |
| | 記号 | 本人・家族 | 公費 | 公費負担者番号 | | |
| | 番号 | 負担割合 | 割 | 公費受給者番号 | | |
| 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 ・ 頸動脈エコー ・ 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。 | | | | | |