

(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	外科		予約希望日時	第1希望	月	日()	時
希望医師	先生			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			公費	公費負担者番号		
	記号	本人・家族		公費	公費受給者番号		
	番号	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	胃カメラ (経口 ・ 経鼻) ※希望の検査法に○を付けてください						
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。						