

(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。

新城市民病院医療福祉連携室 行
送付先 F A X 番号 **(0536) 22-0086**

住所
名称
医師名
T E L
F A X

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		男 女	生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令		
	氏 名			年 月 日 (歳)		
	住 所	〒				
		T E L				
	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	☐ 入院 ☐ 診察 ☐ 検査 ☐ 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	☐ 今後は共同診療（パートナー）を継続する。 ☐ 病院治療検査後、診療所にて医学管理を行う。 ☐ この疾患については、病院に依頼する。					