

(様式1)

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

新城市民病院医療福祉連携室 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 () 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・令 年 月 日 (歳)
	住 所	〒	
	TEL		
	保険者番号		公費負担者番号
	記号	本人・家族	公費受給者番号
	番号	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。		