

(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<br>氏 名                                                                                                                                    | 男 女    | 生年月日 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 ( 歳) |
|                      | 住 所                                                                                                                                            | 〒      |                              |
|                      | TEL                                                                                                                                            |        |                              |
|                      | 保険者番号                                                                                                                                          | 公費     | 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                 | <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<br>検査結果<br>治療経過 |                                                                                                                                                |        |                              |
| 依頼検査                 | 胃カメラ                                                                                                                                           |        |                              |
| 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。<br><input type="checkbox"/> 病院治療検査後、診療所にて医学管理を行う。<br><input type="checkbox"/> この疾患については、病院に依頼する。 |        |                              |