

(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

新城市民病院医療福祉連携室 行

送付先FAX番号 **(0536) 22 - 0086**

該当診療科	総合診療科 ・ 脳神経外科		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	〒											
				TEL									
	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	☐ 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	心エコー ・ 神経伝導速度 ・ 肺機能検査 ・ 脳波 ・ ホルター心電図												
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。												