**診　療　情　報　提　供　書**



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |
| --- |
| 紹介先医療機関名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療科 |  | 科 |
| 担当医 |  | 医師 |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関名 |  |
| **御紹介医師** |  | ㊞ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性 別　　 |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日生（ |  | 歳） |
|  |  |
| 傷病名又は主訴 |  |
|  |  |
| 紹介目的 |  |
|  |  |
| 既往歴 | □特記事項なし　　□あり |
|  |  |
| 現病歴・検査所見・治療経過 |  |
|  |  |
| 現在の処方 | □なし　　　　　　□あり |
|  |  |
| 備考 |  |

外来受付時間　平日AM8：30～11：00（ただし、急患はこの限りではありません）

ＴＥＬ　0965（32）7111　（代表）

ＦＡＸ　0965（34）2530　救急外来　（休日・夜間の救急対応）

ＦＡＸ　0965（32）7207　医療連携室（平日のＡＭ8:30～ＰＭ5:00）

ＦＡＸ　0965（32）7133　医事課　　（平日のＡＭ8:30～ＰＭ5:00）