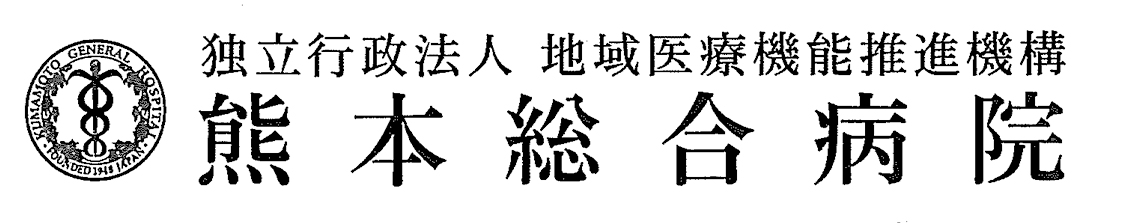
**診　療　情　報　提　供　書**



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）