

診療情報提供書

長野市民病院 御中

年 月 日

紹介元医療機関 紹介医師氏名 (住所・電話番号)	(TEL)
紹介先診療科	科 医師氏名 殿

患者 情報 報	フリガナ		男	生年月日	(歳)
	氏名		女	明・大・昭・平・令	年 月 日
	住所	(〒)			
				(TEL)	
	<input type="checkbox"/> 患者（自宅もしくは携帯電話等）へ直接予約連絡				

緊急 度	<input type="checkbox"/> 救急・本日 (来院方法 自家用車 ・ 救急車) (到着予定時間 時 分) 〔 当院医師への連絡の有無 有 ・ 無 〕 (医師名・)	<input type="checkbox"/> 明日（翌診療日）の予約希望 <input type="checkbox"/> 明後日以降の診療日の予約で可 ※予約枠の状況により、ご希望に添えない場合は ご容赦ください

既往 歴	
傷病 名・ 主訴	

今回の紹介目的および症状・経過、処方内容等