**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）** | （℡　　　　　　　　　　　） |
| **紹介先診療科** | 科　　医師氏名　　　　　　　　　　　　殿 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者情報** | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 男  ・  女 | 生年月日　　　　　　　　（　　　歳） | |
| **氏名** |  | 明・大・昭・平・令　　　年　　　月　　日 | |
| **住所** | （〒　　　　　　） | | | |
|  | | | （自宅　　　　　　　　　）  （携帯　　　　　　　　　） |
| * 医療機関へ連絡　　　　　□ 患者さんへ直接連絡　　　　　□ 患者さんから連絡 | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **緊急度** | □ 救急・本日  （来院方法　　自家用車　・　救急車） | □ 明日（翌診療日）の予約依頼  □ 　　　　　週間以内  □ いつでも良い |

|  |  |
| --- | --- |
| □外来紹介　　□入院（転院）紹介　　□情報提供照会　　□返書　　□セカンドオピニオン | |
| **診断名** |  |
| **紹介目的** |  |
| **既往歴** |  |
| **主訴及び特に連絡すべき事項（家族歴、症状経過及び検査結果）、治療経過、現在の処方内容** | |
| **添付資料**□CD-R　□内視鏡　□超音波　□心電図　□血液データ　□病理 | |

長野市民病院　地域医療連携室（直通）　FAX：0120-115-295　TEL：026-295-1611