

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	フリガナ 氏名	男 ・ 女	生年月日 (歳) 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	<input type="checkbox"/> 救急・本日 (来院方法 自家用車 ・ 救急車)	<input type="checkbox"/> 明日(翌診療日)の予約依頼 <input type="checkbox"/> 週間以内 <input type="checkbox"/> 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