

# 診療情報提供書

紹介先医療機関等名 .....

担当医 ..... 科 ..... 様

紹介元医療機関の所在地及び名称 留萌市立病院

留萌市東雲町2丁目16番地1

電話番号 (0164)49-1011

医師氏名

㊞

患者氏名	性別
患者住所	
電話番号	職業
生年月日	
傷病名：	
紹介目的：	
既往歴及び家族歴：	
症状経過及び検査結果：	
治療経過：	
現在の処方：	
備考：	

- その他
1. 必要がある場合は、続紙に記載して添付すること。
  2. 必要がある場合は、画像フィルム、検査の記録を添付すること。
  3. 紹介先が保険医療機関である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。