診療情報提供書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

（小松市民病院用）

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願いいたします。

|  |
| --- |
| 医療機関名 |
| 医師氏名 |
| 所在地 |
| TEL　　（　　　　）　　　　- |
| FAX　　（　　　　）　　　　- |

小松市民病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

担当医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師

* 予約希望日（　　　　　/　　　　　）

※予約状況により希望に添えない場合があります

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | 大・昭・平・令年　　　月　　　日（　　　歳） | 男・女 |
| 患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様生年月日貴院ID（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現　住　所 | 〒 | 電話番号（　　　　　　　）　 　　　　　　- 　　　　　携帯電話（　　　　　　　）　　　　 　　　-　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 病状経過及び検査結果、薬剤アレルギー、感染症等（検査結果別添付･･･ 無 ・ 有 ） |
| 現在の処方 |

**ご記載後、FAX送信をお願いします。　《送信先》小松市民病院地域医療支援室　FAX（0761）22-7199**

**【お願い】**

（１）このFAXによる送信は、宛先に記載された者のみによる使用を予定しております。

（２）通信内容には、秘密情報を含む場合がありますので、宛先以外の者によるこのFAXの情報の使用、配布及び複製を禁じます。