**診療情報提供書**

年　　　月　　　日

**北福島医療センター**

紹介元医療機関の所在地および名称

担当医　　　　　　　　　科

　　　　　　　　　　　先生

TEL・FAX

医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の患者様につきましてご依頼申し上げます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男女 | 生年月日M・T・S・H・R | 北福島ID |
| 患者氏名 | 様（旧姓　　　　） | 年　　　月　　　日　　　歳 |  |
| 連絡先 | 自宅電話番号　（　　　　　　　　　）　携帯電話番号　（　　　　　　　　　）　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 |  |
| 紹介目的 |  |
| 既往歴家族歴 |  |
| 病状経過検査結果治療経過 |  |
| 現在の処方アレルギー等 |  |

※備　考

1.　宛先の医師名が不明の場合は、「外来担当医」と記載して下さい。

2.　紹介の際は、画像・検査データ等を事前に「地域医療連携室」まで送付してください。

3.　記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。