実際の搬送受け入れ依頼時

（診療情報提供書）

紹介先医療機関等名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

担当医　　　　　　科　　　　　　　　　　　殿

紹介元医療機関の所在地

名 称

電話番号

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別 男 ・ 女  患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  生年月日 明・大・昭・平・令　 年 月 日（　　歳）職業： |

|  |
| --- |
| 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 |

備考　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診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険　　　　　　　 薬局、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。