

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。