

診療情報提供書 (I) ・ (II)

令和 年 月 日

依頼先

依頼元 医療機関

所在地・TEL

医師 _____ 先生 _____ 医師 _____

患者	氏名	患者 I D	生年 月日	大・昭 平・令	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒	TEL			職業			

目的 _____ その他 _____

添付書類：画像フィルム あり なし (X-P:部位 _____ 内視鏡:部位 _____ 超音波:部位 _____)

検査等の記録 あり なし

傷病名
又は主訴

家族歴
既往歴

薬物アレルギー (あり ; _____ なし)

現病歴と経過

処方内容

- 今後について、当方としては患者さんと相談のうえ、下記のようにお願いしたいと存じます。よろしく申し上げます。
 - 今後当院に通院
 - 今後患者さんの希望する医療機関に通院 (その際には、当院にその旨ご一報下さい)
 - 今後貴院 と当院との連携の下、共同で患者さんの診療に当たらせていただきたいと思います。その際 貴院への通院間隔 (年あるいは月当たりの回数)、当院での投薬、検査内容・間隔等ご指示下さい。
 - その他
- 患者さんと相談のうえ、今後について上記の通り決まりましたのでよろしく申し上げます。