

旧

赤字の部分が変更箇所です

新

診療情報提供書

紹介先
医療機関名 _____ 年 月 日

担当医 _____ 科 _____ 先生御机下

紹介元医療機関の
所在地及び名称

電話番号

医師氏名 _____ ㊞

患者氏名 _____	性別 男・女 _____
患者住所 _____	TEL _____
生年月日 _____	職業 _____
年 月 日生 才	

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

診療情報提供書

紹介先
医療機関名 _____ 年 月 日

担当医 _____ 科 _____ 先生御机下

紹介元医療機関の
所在地及び名称

電話番号

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名 _____	性別 男・女 _____
患者住所 _____	TEL _____
生年月日 _____	職業 _____
年 月 日生 才	

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

記載上の注意

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。
4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。