**診療情報提供書（紹介状）**

令和　　年　　月　　日

山形市立病院済生館

　　　　　　科　　　　　　　　　　　　行

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　）

以下の通りご紹介いたしますので、宜しくお取り計らいのほどお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　　者 | 氏　　名 |  | | | |
| 住　　所 |  | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日生（　　　才） | | | 男 ・ 女 |
| 電話番号 |  | 職　　業 |  | |

**（診療情報欄）**

|  |
| --- |
| １　傷病名 |
|  |
| ２　紹介目的（希望する治療） |
|  |
| ３　既往歴・家族歴 |
|  |
| ４　治療経過（症状経過及び検査結果を含む） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ５　現在の処方 |
|  |
|  |

山形市立病院済生館　地域医療連携室　TEL 023-626-6516　FAX 023-626-6517