診療情報提供書

**秋田県立医療療育センター　　医療療育連携　宛**

**〒010-1409 秋田市南ケ丘一丁目1番2号**

**FAX： 018-839-9868**

|  |
| --- |
| 記載年月日　　　　令和　　年　　月　　日 |
| 紹介元医療機関 |
| 病院名 |
| 電話　　　　　　　　　　FAX |
| 担当科 |
| 医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |
| --- |
| **診察希望　　　　　　　科**  **（ご希望の場合）　　医師名　　　　　　　　　　　　医師**  当院診療科　小児科　小児科メンタルヘルス　児童精神科　整形外科　歯科 |
| 患者様氏名  生年月日　　　　　　　　　　　　　　　性別　男・女　　　年齢　　　歳  住所  電話番号 |
| 診断名 |
| 既往歴 |
| 現病歴 |
| 特記事項（予約の希望など） |

なお、「小児科メンタルヘルス」「児童精神科」につきましては、診療の可否につきまして、

ご紹介の医療機関の方とご相談させていただく場合がございますので、あらかじめご了承下さい。

FAXもしくはメール受信後、原則1週間以内に患者様へ受診予約票・他を発送いたします。