

## 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 秋田市南ヶ丘一丁目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				印

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。