

診療情報提供書・返信用【精神科病院・精神科診療所用】

医療機関名

先生

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名

日付		No. 事務局記入	
フリガナ 氏名		保険 区分	☐ 国保 ☐ 後期高齢 ☐ 社保(本・家) ☐ 組合 ☐ 生保 ☐ 不明
生年月日・性別		職業	
現住所 又は現在地		電話番号	()
診断名			
病状			
治療計画及び 処方内容			
診察結果	☐ 外来診察終了 ☐ 外来診察継続 (次回診察 年 月 日) ☐ 入院 (応急入院 ・ 医療保護入院 ・ 任意入院) ☐ 他機関紹介 (紹介先) ☐ その他 ()		
その他			