

(参考)連携強化診療情報提供料・診療情報連携共有に係る照会内容

令和 年 月 日

医療機関名 病院(診療所) ○○科
様

医療機関名

医師氏名

所在地 〒

電話番号()-()-()

貴院(科)よりご紹介(照会)されました患者さまの診療内容などは以下のとおりです

患者氏名	性別 男・女
生年月日 明・大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
患者住所 〒	電話番号()-()-()
当院の主病名 診療方針	
治療経過 及び 検査結果	
現在の処方内 容等	

【備考】