

主治医先生御侍史

港区立精神障害者支援センター
(指定管理者:社会福祉法人 港福会)
センター長 土屋 裕彰

診療情報提供書作成のお願い

拝啓

時下、皆様にはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼を申し上げます。

さて、貴院に通院中の患者様が、この度当センターの「地域活動支援センター事業」の利用を希望されております。

つきましては、誠に恐れ入りますが、当患者様の診療情報提供書のご記入をお願い申し上げます。

また、緊急時の場合や連携が必要な時などのご連絡をさせていただきたく存じます。

今後とも何卒よろしくお願いいたします。

敬具

尚、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡をお願いいたします。

〒108-0074

東京都港区高輪 1-4-8

電話:03-5449-6457

FAX:03-5424-1391

地域活動支援センター担当

診療情報提供書(患者紹介状)

年 月 日

港区立精神障害者支援センター

(あいはいと・みなと)

地域活動支援センター 宛

紹介医療機関名

所在地

電話番号/FAX

医師名 (印)

患者	氏名		職業	
	生年月日	年 月 日 (歳)	男・女	

< 傷病名 >	< 初診日 > 年 月 日
---------	------------------

< 通院および入院歴 >											
通院	医療機関名	期 間			入院	医療機関名	期 間				
1		自	年	月	日	1		自	年	月	日
		至	年	月	日			至	年	月	日
2		自	年	月	日	2		自	年	月	日
		至	年	月	日			至	年	月	日
3		自	年	月	日	3		自	年	月	日
		至	年	月	日			至	年	月	日
4		自	年	月	日	4		自	年	月	日
		至	年	月	日			至	年	月	日
5		自	年	月	日	5		自	年	月	日
		至	年	月	日			至	年	月	日

< 薬の種類 >

< 現在の状況および病状について留意する点（クライシス時のサイン、対処方法など） >
--

< 通所の目標・目的（もしございましたらご記入ください） >

< 当施設への要望・連絡事項など >
