

診療情報提供書

秋田県立医療療育センター 医療療育連携室 宛

〒010-1407 秋田市上北手百崎字諏訪ノ沢 3-128

FAX : 018-839-9868

メールアドレス : airc_renkei@airc.or.jp

記載年月日	平成	年	月	日
紹介元医療機関				
病院名				
電話	FAX			
担当科				
医師名				⑩

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 精神科こころのケア 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」「精神科こころのケア」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。