

# 診 療 情 報 提 供 書 【センター送付用】

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

横浜市総合保健医療センター 主治医 宛

医療機関の所在地 及び名称	〒 _____	電 話	( _____ )
		F A X	( _____ )
主治医名	印		

ふりがな 利用者名(患者名)			
生 年 月 日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 才)	性 別	男 ・ 女
住 所 ・ 電 話	〒 _____ 電話 ( _____ )		
利用希望先 (○を付けてください)	精神科デイケア・生活訓練・自立生活アシスタント・就労訓練(6か月・短期)		
紹介目的			
診 断 病 名 ( I C D コ ー ド )	( _____ )	本人への 病名告知	1. 診断病名を告知 2. 診断病名以外を告知(告知病名 _____ ) 3. 未告知
既往歴、家族歴			
現病歴及び治療経過			
処 方 内 容			
症状増悪時の対応など			
添 付 資 料	あり(胸部X-P・その他( _____ ))・なし *なお、3ヵ月以内の撮影であれば、胸部X-Pの結果についてご記入をお願いします		