様式４　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関→保健センター送付用）

**医 療 支 援 報 告 書** （診療情報提供書）

　　年　　月　　日

　区保健担当部長（保健センター）　様

　　　 医療機関・科名

所在地

　電話番号

医師名

　下記の患者について当院の受診状況を連絡いたします。

なお、本票の送付については（　　　　　　　　本人との続柄：　　）の同意を得ております。

フリガナ

児・妊産婦氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 男・女　（　　　　年　　　月　　　日）

児の父氏名　　　　　　　　　　（　 歳）　児の母氏名　　　　　　　　　　　　（　　歳）

住所　札幌市　　区　　 　　　　　　　　　　　　　　電話番号

受診日（　　　　年　　月　　日）　次回予約日（　　　　年　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 病状及び  治療内容 |  |
| 連絡・  依頼事項 |  |
| 連絡先 | 氏名：  職種：  電話番号： |