

<一般の診療情報提供書に続けてファクシミリをお願いします。>

診療情報提供書（精神科病歴用）

〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号

令和 年 月 日



北海道医療センター
地域医療連携室 宛

FAX 011-611-8112

TEL 011-611-8116

医療機関名

TEL() - FAX() -

医師名

精神科病名

入院年月日

S · H · R 年 月 日

入院形態 任意・医保33-1・医保33-2・措置

保護者氏名 続柄()

家族構成 父(健在・死別・離別・不明) 母(健在・死別・離別・不明) 同胞 無・有(人)

配偶者(未婚・健在・死別・離別・不明) 子 無・有(人) その他()

生活歴 出生地:

.....
.....

現病歴・現在症

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

処方

*身体疾患のために変更または中止されている場合、中止前の処方および中止日の記入をお願いします

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....