**診療情報連携共有に係る照会（返信）**

年　　　月　　　日

返信先医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生御机下

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所在地

電話番号

貴院（科）より照会されました患者について返答します。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　男　女 | |
| 患者住所  電話番号 | |
| 生年月日　　　年　　　月　　　日　( 　 歳) | |
| 当院病名 |  |
| 治療経過  及び  検査結果 |  |
| 処方等 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 |  |