様式７（新生児聴覚スクリーニング検査実施医療機関等→精密検査実施機関）

**精密検査依頼紹介状（診療情報提供書）**

紹介先精密検査実施機関名

担当医　　　　　　　科　　　　　　　　殿

平成　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 患者氏名患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男　・　女電話番号生年月日　平成　　年　　月　　　日（　　歳）職業 |

|  |
| --- |
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 病状経過及び検査結果　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 右耳　　　　　　　　 左耳平成　 年　 月　 日（日齢　　）　　　Pass Refer Pass Refer平成　 年　 月　 日（日齢　　）　　　Pass Refer Pass Refer平成　 年　 月　 日（日齢　　）　　　Pass Refer Pass Refer |
| 治療経過 |
| 現在の処方 |
| 備　　　考 |

備考　1．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

　　　2．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

　　　3．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。