

様式 1

広島市連合地区地域保健対策協議会
かかりつけの医師と精神科医の連携事業

令和 年 月 日

病院 (医院)

先生

医療機関名

所在地

医師氏名

電話番号

[illegible]

診療情報提供書・返信用

令和 年 月 日

病院 (医院)

先生

医療機関名

所在地

医師氏名

電話番号

精神科 医師 記入 欄	診断名
	病 状
	治療計画及び処方内容
	その他