

診 療 情 報 提 供 書

病院・医院

先 生

様（ 年 月 日生 男・女）をご紹介申し上げます。
このたび沖縄県において災害時こころのケアチームにて診察を行いました。
今後のご高診、ご加療についてよろしくお願い申し上げます。

【診断・暫定診断】

【経過・その他】

【処 方】

平成 年 月 日

医師（自署）

沖縄県

処方箋

処方日時	年 月 日
氏 名 (生年月日)	(M・T・S・H 年 月 日生 歳) (男・女)
住 所	
保険証番号	(所持している場合)

<p>【処方内容】</p>

処方医師 (自署) _____
(チーム名 : _____)

医薬品管理簿

チーム名				
医薬品名	() mg			
責任医師名				
医薬品受入先				
月日	受入数	払出数	残数	摘要