



受付時間 月～金曜日 9:00～18:30 土曜日 9:00～17:00

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも結構です。)

後期高齢者医療、公費情報

公費情報

保険者番号		本人	1割	負担者番号		1割	負担者番号	
記号		家族	2割	受給者番号		2割	受給者番号	
			3割			3割		

※被保険者との続柄、負担割合に○をしてください。

平成 年 月 日

科	先生
第1希望	月 日 曜日
第2希望	月 日 曜日
第3希望	月 日 曜日

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

フリガナ		男・女	生年月日	明治	大正	昭和	平成
患者氏名	様			年 月 日 ( 歳)			
住所	〒 -			電話 (自宅)	-	-	
				(携帯)	-	-	
				(勤務先)	-	-	
当院または晴海トリクリニック・新橋健診センター受診歴 (有り・無し・不明)			慈恵医大	診察カード番号			

※該当の場合□に✓をお願いします。 入院中 ストレッチャーで来院

※セカンドオピニオンの申込みはこの用紙では対応しておりません。医療連携室まで、お問い合わせください。

主訴又は病名・症状	逆紹介希望 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
紹介目的 [ 入院 転医 精査 ( ) 手術 リハビリ その他]	

《太枠内にご記入がない場合、当日手続きにお時間がかかります》

↑ FAX送信方向  
 FAX番号 03-5401-1879

《FAX予約の手順》



(注意)  
医師により予約できない場合もございますので予めご了承ください。

《診療科のご案内》

内科	<ul style="list-style-type: none"> <li>消化器・肝臓</li> <li>神経</li> <li>腎臓・高血圧</li> <li>リウマチ・膠原病</li> <li>循環器</li> <li>糖尿病・代謝・内分泌</li> <li>腫瘍・血液</li> <li>呼吸器</li> <li>総合診療部</li> <li>感染制御部</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>消化管</li> <li>肝胆膵</li> <li>乳腺・内分泌</li> <li>呼吸器</li> <li>血管</li> <li>小児</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神神経科</li> <li>小児科</li> <li>皮膚科</li> <li>整形外科</li> <li>脳神経外科</li> <li>脳血管内治療部</li> <li>形成外科</li> <li>泌尿器科</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ウイメンズクリニック (婦人科)</li> <li>産科</li> <li>生殖・内分泌</li> <li>眼科</li> <li>耳鼻咽喉科</li> <li>心臓外科</li> <li>リハビリ科</li> <li>歯科</li> <li>ペインクリニック</li> <li>放射線治療部</li> <li>内視鏡部</li> <li>スポーツウェルネスクリニック</li> <li>緩和ケア</li> </ul>
FAX予約可能な検査		
【画像診断部】		
<ul style="list-style-type: none"> <li>CT (単純、造影) …… 造影希望の場合、事前チェックリストあり</li> <li>MR (単純) …… 事前チェックリストあり</li> <li>骨塩定量検査</li> <li>核医学検査</li> </ul>		

【外来休診日】

日曜日 祝祭日 本学記念日 (5月1日・10月15日) 年末年始 (12月30日～1月4日)

〒105-8471 東京都港区西新橋 3-19-18

TEL 03-3433-1111 (大代表) 医療連携室 TEL 03-5400-1202 (ダイヤルイン)

診療情報提供書  
(紹介状)



東京慈恵会医科大学附属病院  
東京都港区西新橋3丁目19番18号  
TEL:03-3433-1111(大代表)

平成 年 月 日

科 先生

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

フリガナ		男・女	生年月日	明治	大正	昭和	平成
患者氏名	様			年	月	日	(歳)
住所	〒 ー			電話(自宅)	ー	ー	
				(携帯)	ー	ー	
				(勤務先)	ー	ー	
当院または晴海トリートメントクリニック・新橋健診センター受診歴			(有り・無し・不明)	慈恵医大 診察カード番号			

主訴又は病名・症状	逆紹介希望 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
紹介目的 [ 入院 転医 精査 ( ) 手術 リハビリ その他]	

既往症及び家族歴

治療経過

現在処方	添付資料 ( 有り ・ 無し )
------	------------------