

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・大・昭・平		
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)
------	-------------