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）

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	西暦・明・大・昭・平・令
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トンクリニック・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　□有　・　□無
紹介目的［精査・加療・転院・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　）