

紹 介 状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

東京通信病院 科

医師名

〒102-8798
東京都千代田区富士見2-14-23

診療予約 03-5214-7381
地域連携室 03-5214-7497
FAX 03-5214-7391

ホームページ <http://www.hospital.japanpost.jp/tokyo/>

紹介元 医療機関名	
医師名	(印)
郵便番号	
住所	
電話	

(印を押して頂いても結構です)

患者	氏名	様	職業	
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 (歳)	男 ・ 女

紹介目的	
傷病名 (主訴又は病名)	
既往歴及び 家族歴	嗜好 薬物アレルギー
症状経過 検査結果 及び治療経過	
現在の処方	
備考 (患者に関する 留意事項等)	<input type="checkbox"/> 患者さまの病状が軽快、安定後も引き続き東京通信病院にて診療を希望

- 備考 1 あて先の医師名が不明の場合は、科名のみをご記入下さい。
 2 当院は、全科予約制のため、事前にご予約下さいますよう患者さまにご説明下さい。
 3 緊急に診療が必要な場合は、地域連携室までお問い合わせ下さい。
 4 患者さまの病状が軽快、安定後も引き続き診療を希望される場合は備考欄の□に印しをお付け願います。