

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

東海大学医学部附属東京病院

紹介元医療機関

所在地・名称

科 先生

医師氏名

㊞

受診予定日 月 日 時頃 電話

FAX

東海大学東京病院の受診歴 あり・なし・不明 (ID )	保険者番号		公費負担者番号	
	記号・番号		公費受給者番号	
	続柄	本人・家族	負担割合	割

フリガナ 患者氏名 殿	性別 男・女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	職業
住所	電話

傷病名 (主訴)
紹介目的 入院・転院・精査 ( )・手術 その他
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方
添付資料 なし・X-P・内視鏡フィルム・検査データ・ECG・超音波画像 その他 ( )
備考

お問合せ先： 地域医療連携科 電話 03-5333-3066 FAX 03-3379-1287