

診療情報提供書

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 印

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		性別 男 ・ 女
患者氏名	殿	
生年月日 明・大・昭・平・令 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： 医療連携室 電話03-5333-3066 FAX03-3379-1287