診 療 情 報 提 供 書

NTT東日本関東病院提出用 ②

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 〒 |
| 紹介先医療機関  ＮＴＴ東日本関東病院  科 |  | 所在地  医療機関名  ＴＥＬ  ㊞  医師氏名 |
| 先生 |
| 第１希望日　　　　月　　　　日　　　　時頃  第２希望日　　　　月　　　　日　　　　時頃 |  | ●ＮＴＴ東日本関東病院受診歴( 有 ・ 無 ・ 不明 )  有の場合 (診療券No．　　　　　　　　　　　　) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　 月 　 日(　　 歳） | | | | | | | 男・女 |
| 患者氏名 |  | | |
| 住　　所 | 〒 | |  | | ＴＥＬ | 自　宅 ： | | | | | | |
| その他 ： | | | | | | |
| 紹介目的 |  | |  | |  |  | | | | | | |
| 病　　名  (主訴) |  | |  | |  |  | | | | | | |
| 既 往 歴  (家族歴) | 嗜好 | | 薬物アレルギー　( 有 ・ 無 ) | | | | | | |  |  | |
| 病状経過  治療経過  検査結果 |  |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |
| 現在の処方 |  | | | | | | 備考 | |  | | | |

●持参資料（無・有･････････　画像診断フィルム・心電図記録・検査記録）