

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関

NTT東日本関東病院

〒
所在地

医療機関名

TEL

医師氏名

印

●NTT東日本関東病院受診歴(有・無・不明)
有の場合 (診療券 No.)

			科
			先生
第1希望日	月	日	時頃
第2希望日	月	日	時頃

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日(歳)		男・女
患者氏名					
住 所	〒	T E L	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)

●病状安定後の御紹介元医療機関への逆紹介のご希望(有・無)

NTT東日本関東病院 医療連携室
TEL 03-3448-6111 (代表)
FAX 0120-34-4810 (03-3448-6071)