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）