

診療情報提供書

紹介先医療機関名

帝京大学医学部附属病院

〒173-8606 板橋区加賀2-11-1

<http://www.teikyo-hospital.jp>

平成 年 月 日

医療機関名・所在地

科 先生

受診予定日 月 日 () 時頃

・緊急の有・無) ・入院希望の有・無)

・帝京大学医学部附属病院受診歴(有・無・不明)

科 医師名

印

フリガナ		明・大・昭・平	
患者氏名		年 月 日 (歳)	男・女
住所	〒	TEL ()	
紹介目的	入院・転医・精査 その他 () 手術・リハビリテーション 患者返送希望 (有・無)		
病名 (主訴)			
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー (有・無)		
病状経過 治療経過 検査結果			
持参資料	無・有 (レントゲンフィルム (CD) ・心電図記録・検査記録)		該当する項目に ○を付けてください
現在の処方			