

# 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>

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			年 月 日	
患者氏名		生年月日	( 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				