

診療情報提供書
(患者紹介状)

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター
東京都葛飾区青戸6丁目41番2号
TEL:03-3603-2111(代表)

平成 年 月 日

科	先生	* 貴 院 名
		* 所 在 地
		* T E L
		* F A X
		* 医 師 名

*フリガナ			明・大・昭・平
*患者氏名	様	*男・女	年 月 日 (歳)
*住所	〒	—	*電話(自宅) — — (携帯) — —
当院での受診歴 (無 ・ 不詳 ・ 有)			当院診察カード番号

*主訴または病名・症状	
*紹介目的 ☐ 精査 ☐ 転医 ☐ 入院 ☐ 手術 ☐ リハビリ ☐ 患者返送希望あり ☐ 貴院入院中	

既往症および家族歴

治療経過

現在処方	添付資料(有 ・ 無) X-P・ECG・内視鏡フィルム 検査データ・ECHO その他()
------	--