

診療情報提供書
(患者紹介状)

<3枚目>
(紹介元控)

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)

年 月 日

科 先生 * 貴院名
* 所在地
* TEL
* FAX
* 医師名
* 担当者

*フリガナ		*男・女	*生年 月日	明・大・昭・平・令		
*患者氏名 様 (旧姓:)				年	月	日
*住所 〒 -			*電話(自宅) - - (携帯) - -			
葛飾医療センター[青戸病院]受診歴 (無・不詳・有) 診察カード番号					<input type="checkbox"/> 日本語OK	
*主訴または病名・症状						
*紹介目的 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 貴院入院中 (※DPC算定 有 ・ 無)						
*来院方法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()						
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()		