



受付時間 月～金曜日 9:00～18:30 土曜日 9:00～17:00

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも結構です。)

後期高齢者医療、公費情報

公費情報

| | | | | | | | | |
|-------|--|----|----|-------|--|----|-------|--|
| 保険者番号 | | 本人 | 1割 | 負担者番号 | | 1割 | 負担者番号 | |
| 記号 | | 家族 | 2割 | 受給者番号 | | 2割 | 受給者番号 | |
| | | | 3割 | | | 3割 | | |

※被保険者との続柄、負担割合に○をしてください。

平成 年 月 日

| | |
|------|--------|
| 科 | 先生 |
| 第1希望 | 月 日 曜日 |
| 第2希望 | 月 日 曜日 |
| 第3希望 | 月 日 曜日 |

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|-----------------|------------|----|----|----|
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 明治 | 大正 | 昭和 | 平成 |
| 患者氏名 | 様 | | | 年 月 日 (歳) | | | |
| 住所 | 〒 - | | | 電話 (自宅) | - | - | |
| | | | | (携帯) | - | - | |
| | | | | (勤務先) | - | - | |
| 当院または晴海トリクリニック・新橋健診センター受診歴 (有り・無し・不明) | | | 慈恵医大 診察カード番号 | | - | | |

※該当の場合□に✓をお願いします。 □入院中 □ストレッチャーで来院

※セカンドオピニオンの申込みはこの用紙では対応しておりません。医療連携部門まで、お問い合わせください。

| | |
|----------------------------------|---------------|
| 主訴又は病名・症状 | 逆紹介希望 □有 ・ □無 |
| 紹介目的 [入院 転医 精査 () 手術 リハビリ その他] | |

《太枠内にご記入がない場合、当日手続きにお時間がかかります》

↑ FAX送信方向
 FAX番号 03-5401-1879

《FAX予約の手順》

受付時間：月～金曜日 9:00～18:30
 土 曜 日 9:00～17:00
 (受付終了後のFAX は翌日対応)
 FAX 番号 03-5401-1879

紹介元医療機関より
 FAXで依頼

予約票を紹介元医療機関へ
 FAXにて返信
 (約15分～20分後に返信)

紹介元医療機関より患者さんに
 予約票と紹介状を渡す

(注意点)
 医師により予約できない場合もございますので
 予めご了承ください。

《診療科のご案内》

| | | |
|---|---|---|
| 内科 | ・消化器・肝臓 ・神経 ・腎臓・高血圧 ・リウマチ・膠原病 ・循環器 ・糖尿病・代謝・内分泌 ・腫瘍・血液 ・呼吸器 ・総合診療部 ・感染制御部 | 外科 ・消化管 ・肝胆膵 ・乳腺・内分泌 ・呼吸器 ・血管 ・小児 |
| | ・精神神経科 ・小児科 ・皮膚科 ・整形外科 ・脳神経外科 ・脳血管内治療部 ・形成外科 ・泌尿器科 | ・ウイメンズクリニック (婦人科) ・産科 ・生殖・内分泌 ・眼科 ・耳鼻咽喉科 ・心臓外科 ・リハビリ科 ・歯科 ・ペインクリニック ・放射線治療部 ・内視鏡部 ・スポーツウェルネスクリニック ・緩和ケア |
| FAX予約可能な検査 【画像診断部】 ・CT(単純、造影)…造影希望の場合、事前チェックリストあり ・MR(単純) …… 事前チェックリストあり ・骨塩定量検査 ・核医学検査 | | |

【外来休診日】

日曜日 祝祭日 本学記念日(5月1日・10月15日) 年末年始(12月30日～1月4日)

〒105-8471 東京都港区西新橋 3-19-18

TEL 03-3433-1111(大代表) 医療連携部門 TEL 03-5400-1202(ダイヤルイン)

診療情報提供書
(紹介状)



東京慈恵会医科大学附属病院
東京都港区西新橋3丁目19番18号
TEL:03-3433-1111(大代表)

平成 年 月 日

科 先生

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|-----|------|-----------------|----|----|-----|
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 明治 | 大正 | 昭和 | 平成 |
| 患者氏名 | 様 | | | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 住所 | 〒 | | | 電話(自宅) | — | — | |
| | | | | (携帯) | — | — | |
| | | | | (勤務先) | — | — | |
| 当院または晴海トリクリニック・新橋健診センター受診歴 (有り・無し・不明) | | | | 慈恵医大 診察カード番号 | | | |
| | | | | | | | |

| | |
|----------------------------------|--|
| 主訴又は病名・症状 | 逆紹介希望 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 紹介目的 [入院 転医 精査 () 手術 リハビリ その他] | |

既往症及び家族歴

治療経過

| | |
|------|------------------|
| 現在処方 | 添付資料 (有り ・ 無し) |
|------|------------------|