

患者紹介状(診療情報提供書)

紹介元控

東京慈恵会医科大学附属柏病院

科

先生

平成 年 月 日

紹介医療機関の
名称及び所在地
電話番号
F A X
医師名

(フリガナ)
患者氏名

性別 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(齢) 職業

主訴又は病名・病状

紹介目的〔入院・転医・精査()・手術・リハビリ・その他〕

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備考

添付資料(有・無)

X-P・ECG・内視鏡フィルム・ECHO

その他()

患者紹介状(診療情報提供書)

外来各科控

東京慈恵会医科大学附属柏病院

科

先生

平成 年 月 日

紹介医療機関の

名称及び所在地

電話番号

F A X

医師名

印

(フリガナ)
患者氏名

性別 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(齢) 職業

主訴又は病名・病状

紹介目的〔入院・転医・精査()・手術・リハビリ・その他〕

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備考

添付資料(有・無)

X-P・ECG・内視鏡フィルム・ECHO

その他()

紹介患者 FAX 予約用紙

FAX 番号 04-7164-1197

医療連携室

東京慈恵会医科大学附属柏病院

科

先生

平成 年 月 日

紹介医療機関の
名称及び所在地
電 話 番 号
F A X
医 師 名

(フリガナ)
患者氏名

性別 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(齢)職業

主訴又は病名・病状

紹介目的〔入院・転医・精査()・手術・リハビリ・その他〕

通 信 欄

慈恵医大柏病院の受診歴

無 ・ 不 詳 ・ 有 (ID 番号 - -)

受診希望日

第 1 希望 月 日、 第 2 希望 月 日、 第 3 希望 月 日

担当医の都合で、患者さんの希望にお応え出来ない場合もありますので御了承下さい。

F A X 受付時間：病院休診日を除く午前 9：00～午後 3：00

そ の 他：救急患者や時間外の紹介は、従来通り救急室をご利用下さい。

東京慈恵会医科大学附属柏病院 医療連携室

〒277-8567 千葉県柏市柏下 163-1

TEL 04-7164-1111 (内線 2159)