

診療情報提供書  
(患者紹介状)

〈2枚目〉  
(紹介元控2)

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

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

科 先生

フリガナ			明・大・昭・平
患者氏名	様	男・女	生年月日
住所	〒 ー		年 月 日 ( 歳)
			電話 (自宅) ー ー (携帯) ー ー (勤務先) ー ー
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)		診察カード番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	

主訴又は病名・症状

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 )  
X-P・ECG・内視鏡フィルム  
検査データ・ECHO  
その他 ( )

診療情報提供書  
(患者紹介状)

〈3枚目〉  
(外来各控3)

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

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

科 先生

フリガナ			明・大・昭・平
患者氏名	様	男・女	生年月日
住所	〒	—	年 月 日 ( 歳 )
			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)		診察カード番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	

主訴又は病名・症状

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 )  
X-P・ECG・内視鏡フィルム  
検査データ・ECHO  
その他 ( )

診療情報提供書  
(患者紹介状)

〈4枚目〉  
(医療連携部門控4)

東京慈恵会医科大学附属病院

平成 年 月 日

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

科 先生

フリガナ		男・女	生年 月日	明・大・昭・平
患者氏名	様			年 月 日 ( 歳)
住所	〒 ー			電話 (自宅) ー ー (携帯) ー ー (勤務先) ー ー
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)			診察カード番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>

通信欄 (医療連携部門へご意見等がございましたらご記入ください。)

各科外来

→

医療連携部門