

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				明・大・昭・平	
*患者氏名	様	*男・女	*生年月日	年	月 日 (歳)
(旧姓:)					
*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 精査 転医 入院 手術 貴院入院中 (※DPC算定 有・無)

*来院方法 独歩 車イス ストレッチャー 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 ()