

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:0570-009-119

年 月 日

科 先生 * 貴 院 名
* 所 在 地
* T E L
* F A X
* 医 師 名
* 担 当 者

*フリガナ			明・大・昭・平・令
*患者氏名 (旧姓:) 様	*男・女	*生年 月日	年 月 日 (歳)
*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			☐ 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()
------	--

