

診療情報提供書（患者紹介状）

年 月 日

東京医科大学八王子医療センター

科

電話番号 042-665-5611（代表）

先生

下記患者についてよろしく御高診願います。

医療機関の所在地

及び名称

電話番号

医師氏名

印

フリガナ 患者氏名	様	性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日生	(歳) 職業
紹介目的			
主 訴 傷 病 名			
既 往 歴 家 族 歴			
薬剤アレルギー (有 無)			
症状経過、治療経過及び検査結果			
現在の処方			
添付資料	返 却		
フィルム ()、ECG、US、検査成績	要 ・ 不要		
病状が安定した場合は当院で加療いたします。(はい・いいえ)			

- 備考 1 必要な場合は、続紙に記載して添付してください。
2 必要な場合は、画像診断フィルム、検査記録等を添付してください。
3 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入ください。