診療情報提供書（紹介状）

年　　　月　　　日

紹介先医療機関

　独立行政法人国立病院機構　東京病院　　 紹介元医療機関

　〒204－8585　東京都清瀬市竹丘３－１－１　　　 所在地

TEL 042-491-2934（直）FAX 042-494-2168（直） TEL

科　　　　　　　FAX

殿　　　　名　称

紹介者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記患者をご紹介申し上げます。宜しくご配慮の程お願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 職　業 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | 性　別 | 男・女 |

|  |
| --- |
| 傷　病　名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴嗜好　　　　　　　薬剤アレルギー |
| 症状経過・検査結果・治療経過等 |
| 現在の処方 |
| 備　　　考 |

備考　１）必要がある場合は、続紙に記載して添付して下さい。

　　２）必要がある場合は、画像診断のフィルム・検査の記録等を添付して下さい。