

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

〒204-8585 東京都清瀬市竹丘3-1-1

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

科

殿

紹介元医療機関

所在地

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。