

診療情報提供書

平成 年 月 日

東京医科大学病院

科 先生

ご紹介医療機関名

所在地

医師名

電話番号

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| 患者氏名 | 殿 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日生(歳) | 男・女 |
| 紹介目的 | | | | |
| 病名 (主訴) 及び既往症 (家族歴) | 薬剤アレルギー (有・無) | | | |
| 現病歴・現症・検査・所見・治療経過・現在の処方など | | | | |
| 備考：資料がある場合は、添付をお願いします。(持参の時は、ご記入ください) | | | | |
| <input type="checkbox"/> *画像診断フィルム | | | | |
| <input type="checkbox"/> *検査結果伝票 | | | | |
| <input type="checkbox"/> *心電図記録 | | | | |
| <input type="checkbox"/> *その他 | | | | |