

診療情報提供書

令和 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・令 年 月 日生(歳)	男・女
紹介目的				
病名 (主訴) 及び既往歴 (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"/> *心電図記録				
<input type="checkbox"/> *検査結果伝票				
<input type="checkbox"/> *その他				