

診療情報提供書 (紹介状)

年 月 日

【 紹介先医療機関 】

医療法人社団哺育会 浅草病院

〒111-0024

東京都台東区今戸2丁目26番15号

TEL 03-3876-1711 (代表)

FAX 03-5824-1885 (地域連携課直通)

科 先生

【 紹介元医療機関 】

所在地

名称

電話番号

FAX番号

担当医 印

受診予定日 [年 月 日 曜日]

| | | | |
|---------------------|------------------|-----|-------------|
| 患者氏名 | TEL - - | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 | 年 月 | 日生 (歳) 男・女 |
| 住 所 | | | |
| 傷 病 名 | 薬剤アレルギー(無 ・ 有) | | |
| 紹介目的 | 検査・治療・入院・その他 () | | |
| 既往歴 家族歴 | | | |
| 症状経過 及 び 検査結果 | | | |
| 現在の処方 | | | |
| 資料持参 | X-P | 有・無 | 心電図 有・無 |
| | CT | 有・無 | 内視鏡 有・無 |
| | MRI | 有・無 | その他検査 有・無 |