

診療情報提供書

紹介先医療機関名

帝京大学医学部附属病院

〒173-8606 板橋区加賀2-11-1

https://www.teikyo-hospital.jp



年 月 日

医療機関名・所在地

科 先生

受診予定日 月 日 () 時頃

・緊急の(有・無) ・入院希望の(有・無)

・帝京大学医学部附属病院受診歴(有・無・不明)

科 医師名

印

フリガナ			年 月 日	男・女
患者氏名		生年月日	(歳)	
住所	〒	TEL	()	
紹介目的	入院・転医・精査 その他() 手術・リハビリテーション 患者返送希望(有・無)			
病名 (主訴)				
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー(有・無)			
病状経過 治療経過 検査結果				
持参資料	無・有(レントゲンフィルム(CD)・心電図記録・検査記録) 該当する項目に○をつけてください			
現在の処方				