診療情報提供書

国家公務員共済組合連合会
虎の門病院
FAX 03-3560-7878

作成日:　　年　　月　　日
〈紹介元医療機関〉
※必ずTELとFAX番号をご記入ください。

診療科名　　**科**

医師名　　**先生**

予約日　　月　　日　　時　　分

紹　介　元
医療機関名

所在地 :

TEL　:

FAX　:

診療科
医師氏名

フリガナ		生年月日	和暦　　年　　月　　日 (　　)歳	男・女
患者氏名				
住　所	〒	携帯		
		TEL 自宅・勤務先・その他(　　)		
当院の受診歴	有　・　無　有りの場合は診察券番号をご記入ください。			
傷病名・症状 紹介目的				

傷病名	
症状 経過概要	
薬剤アレルギー等	有　・　無
現在の処方	※おくすり手帳をお持ちであれば、ご持参ください。
資料持参	画像診断　・　検査結果　・　病理プレパラート　・　その他(　　) ※該当するものを〇で囲んでください。
特記事項	※どちらかを〇で囲んでください。 **病状の安定により、貴院への逆紹介を(　希望する　・　希望しない　)**