

診療情報提供書

国家公務員共済組合連合会

虎の門病院分院

平成 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

紹介元
医療機関名

医師名 _____ 先生

所在地

どちらかに○を付けてください。

TEL

予約受診 ・ 当日受付受診

FAX

受診日 _____ 月 _____ 日 _____ AM
_____ PM _____ 時 _____ 分

医師氏名 _____

※受診日については、事前にお問い合わせください。

フリガナ		生年月日	明・昭 年 月 日	男・女
患者氏名			大・平 (歳)	
住 所	〒 _____	携帯		
		TEL <small>自宅・勤務先・その他</small>		
当院の受診歴	有 ・ 無	有の場合は診察券番号をご記入ください。		- - -
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	※お薬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○で囲んでください。			
特記事項	※どちらかを○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)			