

# 紹介・診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

## 東京女子医科大学附属成人医学センター

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 2-15-1 渋谷クロスタワー20・21 階

TEL 03-3499-1911 (代表)

TEL 03-3499-3170 (予約直通) 月～金 午前9:00～11:30 午後1:30～5:00

科

先生

ご紹介元の医療機関の名称・住所

診察予約済み	【予約日】				
検査予約済み		月	日		
		午前	午後	時	分
成人医学センター受診歴	(	有	無	不明)	

科名

科

紹介医氏名

印

フリガナ 患者氏名	殿	男 女	明 昭	大 平	年	月	日生 (	歳)
--------------	---	--------	--------	--------	---	---	------	----

紹介目的

診察依頼

検査依頼

その他

(紹介後の方針に関する希望)

主訴及び傷病名

既往歴及び家族歴

嗜好

薬物アレルギー

現病歴及び現症・検査所見・治療経過等

現在の処方