

# 紹介・診療情報提供書

## (セカンドオピニオン外来)

東京女子医科大学八千代医療センター

〒276-8524 千葉県八千代市大和田新田 477-96 TEL 047-450-6000(代表)

紹介医療機関

所在地 〒 -

名称

TEL

科名

医師名

印

科 先生

来院希望日時: 月 日 ( ) : 頃

八千代医療センター受診歴(有・無・不明)

記載日: 平成 年 月 日

フリガナ	明・大・昭・平
患者氏名	男・女 年 月 日生 ( ) 歳
住所 〒 -	TEL - -
紹介目的 (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	
感染症	
現在の処方	

- 備考
1. 拝見させていただく医師は、原則として予約が必要となります。
  2. 必要がある場合は、レントゲンフィルム、検査の記録等を添付してください。
  3. 封書には宛先をご記入ください。