

紹介・診療情報提供書
(セカンドオピニオン外来用)

東京女子医科大学八千代医療センター

紹介元医療機関

科 医師

名称:

〒276-8524 千葉県八千代市大和田新田477-96

TEL 047-450-6000(代表)

〒 -

来院希望日時: 月 日 () : 頃

TEL: ()

八千代医療センター受診歴 (有・無・不明)

診療科名:

医師名: (印)

記載日 : 令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名	男・女	大・昭・平・令 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		薬剤アレルギー	
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. 拝見させて頂く医師は、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下さい。
 3. 封筒には宛名をご記入下さい。