

# 紹介・診療情報提供書

八千代医療センター保管分

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 科

医師名

印

記載日： 年 月 日

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)

該当の紹介目的に✓をお願いします

紹介状  セカンドオピニオン紹介状  情報提供依頼  情報提供  その他

フリガナ 患者氏名 住所 〒 -	明・大・昭・平・令 年 月 日生( 歳) 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	*添付書類 (資料返却の必要性 有・無) ・画像診断フィルム 枚 ・心電図 ・検査結果 枚 ・その他 ( ) *症状安定後引き続き貴院での加療を希望 しますか ・希望します ・希望しません *病名告知について ・していない ・している ( )
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下さい。  
3. 封書には宛先をご記入下さい。