〔 紹介元控 ・ 提出用 〕

1. 紹介・診療情報提供書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　月　　日

**東京高輪病院**

独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)

〈 ご紹介元 〉

〒108-8606　東京都港区高輪3-10-11

TEL　03-3443-9191(代表)

診療科名

医 師 名

医療機関名

所在地

電話番号

ＦＡＸ

医師氏名　　　　　　科

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | (　　　　　　　　　　　) | 男 ・ 女 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・平　　　年　　 月　　日生　　　歳 |
| 患者氏名 | 　　　　　　　　　　　様 |
| 傷病名(主訴) |  | 既往歴 ・ 家族歴嗜　好アレルギー　有・無体質等特記事項 |
| 紹介目的 |  |
| 症状経過検査結果 |  |
| 治療経過 |  |
| 現在の処方内容 |  |

備考　**１．宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入下さい。**

**２．必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査記録を添付して下さい。**

病院理念

心のこもった医療を安全に提供します。

医療連携・患者支援センター

地域連携係　TEL 03-3443-9576(直通)

　　　　　　FAX 03-3443-9570(専用)

月～金曜8：30～17：00　土曜8：30～12：30