

紹介・診療情報提供書

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)

東京高輪病院

〈 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

F A X

医師氏名

科

フリガナ () 患者氏名 様	男・女	明・大・昭・平 年 月 日生 歳
傷病名 (主訴)		既往歴・家族歴 嗜好
紹介目的		アレルギー 有・無 体質等特記事項
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 8:30～19:00