

診療情報提供書

平成____年____月____日

紹介先医療機関名 〒141-0022
東京都品川区東五反田 2-3-2 タイセイビル 9F
TEL 03-5793-3623 FAX 03-5793-3652
医療法人 盛心会 タカラクリニック
担当医 高良 毅 宛て

紹介元医療機関の所在地 _____
名 称 _____
電話番号 _____
医師氏名 _____ (印)

フリガナ	患者氏名 _____ 様 (男・女)	電話番号 _____
住 所	_____	
生年月日	明・大・昭・平 _____年____月____日 (____歳)	職業 _____

傷病名または主症状
紹介目的 外来・検査 (CT・ホルター心電図・マンモグラフィー・超音波) その他 (_____)
臨床経過及び検査結果、既往歴 等
現在の処方
備考

1. 必要がある場合は別紙に記載して添付して下さい。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム等を添付して下さい。(持参の有無を記入して下さい。)
画像診断フィルム 心電図記録 検査記録 その他 (_____)