

(紹介元医療機関控)

# 診療情報提供書 (紹介状)

(事前登録申込書)

年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院

科 医師

受診希望日 年 月 日 ( )

〒134-0086 東京都江戸川区臨海町1丁目4番2

TEL 03 (5605) 8811 (代)

(記載せず名刺を貼付頂いても結構です)

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

下記の患者様についてよろしくお願ひします。 紹介目的( )

患者氏名 および 生年月日	フリガナ 様 (男・女)	大正・昭和 年 月 日生 ( 歳) 平成・令和 (職業 )
住所	(〒 - )	TEL ( )
傷病名 もしくは 主要症状		
既往歴 および 家族歴	薬剤アレルギー有 ( )・無	
現在までの症状および治療経過	検査結果 特記事項 有・無	
	現在の処方 有・無	