

診療情報提供書

年 月 日

公益社団法人東京都教職員互助会 三楽病院

(診療科)

貴医療機関名 貴院所在地 電話番号 FAX番号	医師氏名 (印)
----------------------------------	-------------------------

ふりがな 患者氏名 様	生年月日 大・昭・平 年 月 日	性別 男・女
-----------------------	---------------------	-----------

[紹介目的]

[病名]

[既往歴、家族歴]

[アレルギー]

[現在の処方]

[症状、治療経過]

ご不明な点は、地域医療連携室にお問合せください。

地域医療連携室 電話 03-3292-3981 内線5124
FAX 03-3518-2158