

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

公益社団法人東京都教職員互助会三楽病院

地域医療連携室 FAX 03 (3518) 2158

三楽病院 先生あて。

貴医療機関名		フリガナ	
		患者氏名	
貴院所在地		患者性別	男・女 ( 歳)
		生年月日	大・昭・平 年 月 日
		患者住所	〒
T E L		患者電話番号	
F A X		受診希望日	平成 年 月 日 ( )
医師氏名	⑩	希望診療科	
紹介目的	① 受診依頼 (外来・入院) ② 検査依頼 ③ 手術依頼 ④ その他		

※患者属性及び保険証情報は保険証のコピーでも結構です。

保 険 者 番 号	記 号 ・ 番 号	続 柄
	.	本人・家族

傷 病 名	
既往歴等	
症状経過等	

ご不明な点は、地域医療連携室へお問い合わせください。

地域医療連携室 電話 03(3292)3981 内線 5124