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