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