診療情報提供書（紹介状）

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
東京都立大塚病院
(財)東京都保健医療公社 豊島病院
科

医師名　　先生

所在地

医療機関名

電話
ＦＡＸ

医師氏名　　印

予約日	年　月　日
予約時間	時　分

フリガナ	
患者氏名	様（男・女）
生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　歳）

＊豊島病院　共同診療
1．主治医になる
2．副主治医になる
（共同診療を行う場合は、いずれかに○を付けてください。）
問合せ先：豊島病院地域医療連携室
℡03-5375-1212　FAX03-5944-3534

傷病名・主訴
紹介目的
既往歴・家族歴・検査所見・治療経過・現在の処方等について
薬剤アレルギー（ 有　・無 ）

備考１．書ききれない場合は、お手持ちの用紙に記載して添付してください。
２．必要に応じて画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

１．検査目的でのご紹介は、右の欄に○をつけてください。	検査目的	
２．当院での診療が終了した段階での患者様の返送のご希望について、右の欄に○をつけてください。	希望する	希望しない
３．在宅療養関係管理料(自己注射を除く)の算定について、○をつけてください。	あり	なし