

診療情報提供書

年 月 日

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

〒 -

診療科 _____ 科

医師名 _____ 先生

〒173-0015

東京都板橋区栄町 35 番 2 号

電話番号 03-3964-1141（代表電話）
03-3579-6963（医療連携室直通）

FAX 番号 03-3964-1392（医療連携室直通）

医療機関の
所在地及び名称 _____

診 療 科 _____

医 師 名 _____ (印)

電 話 番 号 _____

F A X 番 号 _____

患者氏名 (ふりがな) _____	男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所 〒 -		
電話番号 (自 宅) (携 帯)		
傷 病 名 (主訴又は病名)		
紹介目的 薬物アレルギー (有・無 _____)		
既往歴及び家族歴		
症状経過／検査結果／治療経過 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
現在の処方		

[備 考]

- 宛先の医師名が不明の場合は当該診療科をご記入ください。
- 画像データ、画像診断結果、検査結果等の添付が必要な場合には本紙に添付してください。
- 記入欄が不足する場合には、別紙を添付してください。