**診療情報提供書**

年月日

紹介先医療機関

所在地　〒

ＮＴＴ東日本伊豆病院

医療機関名

　　　　　科

医療機関名

医師氏名

　先生

TEL

受診希望日

月日時頃

印

・ＮＴＴ東日本伊豆病院受診歴（有・無）

有の場合（診療券No. ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | **明・大・昭・平・令**  **年　　　　月　　　日（　　　　歳）** | | | | | **男・女** |
| **患者氏名** |  |
| **住所** | 〒 | | **ＴＥＬ** |  | | | **職業** |  |
| **紹介目的** |  | | | | | | | |
| **病名**  **（主訴）** |  | | | | | | | |
| **既往歴**  **（家族歴）** | 嗜好  薬物アレルギー（有・無） | | | | | | | |
| **症状経過**  **治療経過**  **検査結果** |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **現在の処方** |  | | | | 備考 |  | | |

* 持参資料　（無・有・・・・・・・・・・　画像フィルム・心電図記録・検査記録）
* 病状安定後の御紹介元医療機関への逆紹介のご希望（有・無）

NTT東日本伊豆病院　地域医療連携センタ

TEL 055-978-2322 FAX 055-979-3098

**※ＦＡＸ送信される場合は、必ず到着確認をお願いいたします。**