

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関
NTT東日本伊豆病院

所在地 〒

科

医療機関名

先生

TEL

受診希望日 月 日 時 頃

医師氏名

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	男・女
患者氏名			年 月 日(歳)	
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)

※FAX送信される場合は、必ず到着確認をお願いいたします。

NTT 東日本伊豆病院 地域医療連携センター
TEL 055-978-2322 FAX 055-979-3098