平成　　年　　月　　日

診療情報提供書（紹介状）

東京都立広尾病院

〒150-0013　東京都渋谷区恵比寿 2-34-10
℡03-3444-1181㈹

希望診療科　　科

医師名

（担当医を当院にお任せいただける場合は未記入）

貴院の名称

医師名

電　話（　　－　　－　　）
ＦＡＸ（　　－　　－　　）

下記の患者様をご紹介いたします。

フリガナ ---------- （男・女） 患者氏名 様（　歳） 生年月日 (明・大・昭・平)　年　月　日	広尾病院の受診歴 あり　・なし　・不明 当院のＩＤ（診療券番号） （　　－　　－　　）
（診断名又は主訴）	

紹介目的	精査・加療・入院・転医・手術・その他〔　　〕
既往歴 家族歴	
治療経過及び病状	
検査所見	
現在の処方	

備考１．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。

２．病状が安定した場合に貴院での加療をお願いできますか。　はい・いいえ