

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関  
NTT東日本関東病院  
(旧 関東逓信病院)

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東日本関東病院受診歴(有・無)  
有の場合(診療券 No. \_\_\_\_\_)

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平				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)

NTT 東日本関東病院医療連携室  
TEL 03-3448-6111 (代表)  
FAX 0120-34-4810