

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				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 医療連携室
TEL 055-978-2322 FAX 055-979-3098
Mail : renkeishitu@izu.mhc.east.ntt.co.jp