

診療情報提供書（紹介状）

昭和大学江東豊洲病院

令和 年 月 日

〒135-8577 東京都江東区豊洲5-1-38

医療機関名称・所在地

医療連携担当 TEL 03-6204-6130

FAX 03-6204-6197

科 先生

患者ID No.	江東豊洲病院への受診歴（有・無）	江東豊洲病院 ID（ ）
フリガナ 氏名	（ 歳） 男・女	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	

受診希望日	予約希望日時 月 日（ ） :
-------	-----------------

紹介目的	検査・加療・入院・転医・手術・リハビリ その他	既往歴 (家族歴)	
病名		薬物アレルギー（有・無）	
主訴			
治療経過 及び 症状経過			
検査結果		現在の処方	

備考 必要がある場合には、画像記録、検査記録等をお願いいたします。

(持参の有無をご記入ください)

 画像記録 (CD-R、 フィルム) 検査記録 (採血、 心電図、 その他)