

## 紹介・診療情報提供書

記載日： 年 月 日

## 東京女子医科大学附属足立医療センター

〒123-8558 東京都足立区江北4-33-1

TEL: 03-3857-0111(代表)

科	先生	紹介医療機関名	
		所在地	
予約日時 月 日 ( ) 時 分	電話番号	( )	
	FAX番号	( )	
	医師氏名	印	
フリガナ 患者氏名	男・女 (IDNo : )	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) 西暦・( )	
住所 〒 -		電話(自宅) ( ) (携帯) ( )	

## 紹介目的

(紹介後の方針に関する希望)

## 主訴及び傷病名

## 既往歴及び家族歴

嗜好

薬物アレルギー

## 現病歴及び現症

検査所見

治療経過等

## 現在の処方

備考 1. 宛先医師名が不明の場合は、科名のみご記入ください。  
2. 必要がある場合は、医療画像(CD-R)、検査の記録等を添付してください。