

診療情報提供書（紹介状）

(公財)心臓血管研究所付属病院

年 月 日

〒106-0031 東京都港区西麻布3-2-19

TEL:03-3408-2151(代表) 連携室直通 TEL:03-3408-2315 FAX:03-3408-2168

_____	先生	貴院医療機関名	
		所在地	
		電話番号	
		Fax番号	
		担当科	科
		医師名	印

ふりがな			
患者氏名	殿	紹介元ID()
生年月日	選択	年 月 日	(歳) 性別
紹介目的・病名			
既往歴 選択			
薬物アレルギー 選択			
現病歴・治療経過・検査所見など			
服薬状況			
添付資料	フィルム(返却: 選択) 心電図(返却: 選択)
	その他(返却: 選択)
貴院へのご紹介元医療機関・施設 選択 (施設			先生)