

診療情報提供書（紹介状）

（公財）心臓血管研究所附属病院

年 月 日

〒106-0031 東京都港区西麻布3-2-19

TEL03-3408-2151（代表） 診療連携室直通：TEL03-3408-2315 Fax03-3408-2168

先生

貴院医療機関名

所在地

電話番号

F a x 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 明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）（性別 男・女）

【紹介目的・病名】

【既往歴】（有・無）

【薬物アレルギー】（有・無）

【現病歴・治療経過・検査所見等】

【服薬状況】

【添付資料】

返却：要・否