

# 診療情報提供書（紹介状）

（公財）心臓血管研究所附属病院

平成 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（明治・大正・昭和・平成）

年

月

日

（ 歳）

性別

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・検査所見など

服薬状況

添付資料

フィルム(

)返却:要・不要

心電図(

)返却:要・不要

その他(

)返却:要・不要

貴院へのご紹介元医療機関・施 （有・無）（施設

先生)