

診療情報提供書

年 月 日

紹介先 医療機関の所在地及び名称

紹介元 医療機関の所在地及び名称

東大和病院 東京都東大和市南街 1-13-12
042-562-1411(代)

武蔵村山病院 東京都武蔵村山市榎 1-1-5
042-566-3111(代)

必ずどちらかにチェックしてください

科 _____

先生 _____

医師 _____

印 _____

患者 氏名	明・大 昭・平	年 月 日	男・女
----------	------------	-------	-----

傷病名、既往歴及び家族歴等
紹介目的 加療 ・ 精査 ・ 入院 ・ その他()
治療経過等
現在の処方、備考
添付資料 無 ・ 検査データ、画像データ()、その他() 返却 (要・不要)

お問い合わせ 東大和病院 医療連携センター
TEL 042-562-1484 FAX 042-564-9381

武蔵村山病院 医療連携室
TEL 042-566-3560 FAX 042-566-3451