

診療情報提供書

一般財団法人 自警会

東京警察病院

〒164-8541 東京都中野区中野4-22-1

TEL : 03-5343-5611(代)

TEL : 03-5343-5760/5762(医療連携室)

FAX : 03-5343-5761(医療連携室)

平成 年 月 日

科 先生

医療機関名 :

所在地 :

TEL :

FAX :

医師氏名 :

フリガナ			明治・大正・昭和・平成
患者氏名	様	男・女 生年月日	年 月 日(歳)
住所	〒 -	東京警察病院 受診歴	有り・無し
電話番号	ご自宅 :	携帯 :	

紹介目的 ・ 主訴及び傷病名	< 転医・入院加療・精査・手術・その他 >		
既往歴 ・ 家族歴	< 薬剤アレルギー : <input type="checkbox"/> 無し/ <input type="checkbox"/> 有り() >		
治療経過			
現在処方		添付資料 < 有り・無し >	
		□フィルム() 計 枚	
		□CD-R() 計 枚	
		□紙面資料() 計 枚	
診療後の取扱い	□症状が落ち着いたら紹介元へ □その他 () □引き続き東京警察病院を希望		

●封書には宛先をご記入下さい。

●東京警察病院は原則予約制です。予約無しで受診される場合は必ず事前に診療の可否をご確認下さい。

●東京警察病院では、診療情報提供書等は診療記録の一部として患者さまへの開示対象としております。ご承知下さい。