

診 療 情 報 提 供 書

紹介先医療機関名

医療法人社団こころとからだの元氣プラザ

年 月 日

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町1-105
神保町三井ビルディング1階

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療連携室 TEL 03-5210-6630 FAX 03-5210-6677

科

先生

科 医師名

印

フリガナ		生年月日	
患者氏名		(歳)	男・女
		年 月 日	
住 所	〒	TEL	
紹介目的			
傷病名 (主訴)			
既往歴及び家族歴			
病状経過 治療経過 検査結果			
持参資料	無 ・ 有 (レントゲンフィルム(CD)・心電図記録・検査記録) 該当しない項目を削除してください。		
現在の処方			