（広尾病院提出用）　　年　　月　　日

診療情報提供書（紹介状）

東京都立広尾病院
〒150-0013　東京都渋谷区恵比寿２－34－10
TEL　03-3444-1181(代)

希望診療科＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿

貴院の名称

医師名

電話（　　－　　－　　）
FAX（　　－　　－　　）

下記の患者様をご紹介いたします。

フリガナ　　（男・女） 患者氏名 様（　　歳） 生年月日（明・大・昭・平・令）　　年　　月　　日	広尾病院の受診暦 あり　・　なし　・　不明 当院の ID　(診察券番号) (　　-　　-　　)
（診断名又は主訴）	

紹介目的	精査・加療・入院・転院・手術・その他（　　）
既往歴 家族暦	
治療経過 及び病状	
検査所見	
現在の処方	

備考１．必要に応じて画像や検査の記録を添付してください。
２．病状が安定した場合に貴院での加療をお願いできますか。　　はい・いいえ