

東京女子医科大学病院
〒162-8666 新宿区河田町8-1 TEL03-3353-8111(代表)

科 先生

来院希望日： 月 日 () 来院希望時間 時頃

東京女子医科大学病院受診歴(有・無・不明) 医療機関から送付
患者自宅から送付
地域連携パス(諾) (ID:) 患者連絡先(TEL・携帯・その他)

紹介医療機関

所在地 〒 -

名称

TEL

科名 科

医師名 印

記載日：平成 年 月 日 登録番号【No 】

フリガナ	明・大・昭・平
患者氏名	年 月 日生(歳)
住所 〒 -	TEL - -
	携 帯 - -
	その他 (- -)

紹介目的

紹介後の方針に関する希望
1. 経過観察は当院で 2. 経過観察は女子医大で 3. その他()

主訴及び傷病名

既往歴及び家族歴
嗜好 薬物アレルギー

現病歴及び現症
検査所見
治療経過等

感染症

現在の処方

備考 1.医師の診察には原則として予約が必要となります。
2.必要に応じて画像資料や検査記録等を添付してください。
3.封書には宛先を必ずご記入ください。