

診療情報提供書

診察・検査申込書

希望診療科	科	紹介元医療機関名
希望医師名	先生	所在地
受診予定日	月 日	TEL. — — FAX. — —
検査依頼	CT・エコー・生理 他()	医師氏名
フリガナ		大・昭・平・令
患者氏名		生年月日 年 月 日 男・女 (才)
保険者番号		被保険者との続柄 本人・家族
記号・番号		
病名 (主訴)		
紹介目的	入院・転院・検査 手術 その他() 逆紹介希望(有・無)	
既往歴 (家族歴)	薬物アレルギー(有・無)	
病状経過 ・ 治療経過 ・ 検査結果		
現在の処方		
備考	添付資料(有・無) (レントゲン・心電図・内視鏡プリント・検査データ・その他)	

診療情報提供書

明理会東京大和病院
地域医療連携室宛

診察・検査申込書

希望診療科	科	紹介元医療機関名
希望医師名	先生	所在地
受診予定日	月 日	TEL. — — FAX. — —
検査依頼	CT・エコー・生理 他 ()	医師氏名
フリガナ		大・昭・平・令
患者氏名		生年月日 年 月 日 男・女 (才)
保険者番号		被保険者との続柄 本人・家族
記号・番号		
病名 (主訴)		
紹介目的	入院・転院・検査 手術 その他 () 逆紹介希望 (有・無)	
既往歴 (家族歴)	薬物アレルギー (有・無)	
病状経過 ・ 治療経過 ・ 検査結果		
現在の処方		
備考	添付資料 (有・無) (レントゲン・心電図・内視鏡プリント・検査データ・その他)	

診療情報提供書

診察・検査申込書

希望診療科	科	紹介元医療機関名
希望医師名	先生	所在地
受診予定日	月 日	TEL. — — FAX. — —
検査依頼	CT・エコー・生理 他 ()	医師氏名
フリガナ		大・昭・平・令
患者氏名		生年月日 年 月 日 男・女 (才)
保険者番号		被保険者との続柄 本人・家族
記号・番号		

交通のご案内

◎電車をご利用の場合

都営線 三田線「板橋本町」駅下車
A2出口より直結
※JR「巣鴨」駅より都営三田線乗り換え、
または東武東上線「ときわ台」駅より
タクシー（2区間）が便利です。

◎バスをご利用の場合

・東武東上線「ときわ台」駅より王子駅行
・JR「池袋」駅より高島平行・高島平操作場行
・JR「赤羽」駅より高円寺行・池袋行
※各バス「大和町」バス停で下車。
全て徒歩2分

