

[illegible]

◆ 該当する箇所を○で囲んでください

貴院受診状況	通院中 ・ 入院中（ 申込書と併せて診療情報提供書を送付ください ）	
ふりがな		性 別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生 （ 歳 ）	

◆ 受診希望日時 ※ご予約時間の45分前にお越しくださいますようお願いいたします

① (月 日 AM・PM・指定なし) ② (月 日 AM・PM・指定なし) ③ (月 日 AM・PM・指定なし)

◆ 受診希望科を○で囲んでください なお、★印がついた診療科は□に✓をお願いします

内科系		外科系	
★	血液内科（ □一般 □CAEBV外来 ）	★	食道外科（ □一般 □鼠径ヘルニア ）
	膠原病・リウマチ内科		胃外科
	糖尿病・内分泌・代謝内科		大腸・肛門外科
★	腎臓内科（ □一般 □透析合併症 ）	★	乳腺外科（ □一般 □HBOC外来 □プレストセンター ）
	総合診療科	★	肝胆脾外科（ □一般 □神経内分泌腫瘍 □脾がん外来 ）
★	消化器内科（ □一般 □IBDセンター □肝炎肝がん ）		呼吸器外科
	循環器内科	★	泌尿器科 （ □一般 □腎・膀胱・前立腺がんセンター □尿路結石 □尿失禁・膀胱子宮脱 □泌尿器がん臓器温存 ）
	不整脈センター		
★	呼吸器内科（ □一般 □禁煙 ）		
★	快眠センター（ □睡眠時無呼吸症候群 □不眠・睡眠障害 ）	★	頭頸部外科（ □一般 □みみ・はな・くちのどがんセンター ）
	感染症内科		心臓血管外科
	臨床腫瘍科		小児外科
脳・神経・精神			血管外科（末梢血管外科）
	脳神経外科	感覚・皮膚・運動機能	
★	てんかんセンター（ □一般 □小児てんかん外来 ）	★	眼科（ □一般 □先端近視センター ）
★	脳神経内科 （ □一般 □認知症予防 □神経難病先端医療センター ）		耳鼻咽喉科
		★	皮膚科（ □一般 □発汗 □腫瘍 ）
	血管内治療科	★	アレルギー疾患先端治療センター （ □皮膚科 □呼吸器内科 □小児科 □耳鼻咽喉科 ）
小児・周産・女性		★	形成・美容外科（ □一般 □プレストセンター ）
★	小児科（ □内分泌 □膠原病 □循環器 □腎臓 □神経 □新生児 □血液・免疫 ）		再建形成外科
★	周産・女性診療科 （ □産科 □婦人科 □HBOC外来 □リプロダクションセンター □プレコンケア外来 ）	★	整形外科 （ □脊椎 □膝 □股関節 □上肢・肩 □腫瘍 □小児 □スポーツ医学診療センター □神経難病先端医療センター □乳児股関節 □アスリート難治性疼痛 □足部・足関節 ）
			高気圧治療部
放射線		★	高気圧治療部（ □一般 □減圧症 ）
	放射線治療科		

医師の指定 (あり ・ なし)	医師名 ()
-------------------	---------

【お問合せ】 医療連携支援センター地域連携室 電話 03-5803-4655（平日8：30～17：00）

診療情報提供書

年 月 日

東京科学大学病院

〒113-8519

東京都文京区湯島1-5-45

電話 (03) 3813-6111 (代表)

診療科

科

担当医

先生

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

診療科

医師名

※印鑑または名刺の貼付も可能です

印

フリガナ	生年月日
患者氏名 (男・女)	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	電話番号

傷病名

紹介目的

既往歴、家族歴、症状経過、検査結果、治療経過

現在の処方

添付

☐ 処方箋コピー

☐ 画像診断

☐ 検査結果

☐ その他 ()

備考 ① 必要がある場合は続紙に記載して添付すること
② 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること
③ 紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関等名の欄に紹介元保険薬局、市町村、保健所名等を記入し、患者住所及び電話番号を必ず記入すること