

診療情報提供書

※紹介状(診療情報提供書)は  
貴院所定の様式で構いません。

東海大学医学部付属病院

記載日		年	月	日
受診希望	月	日	時頃	科 担当医 宛
(医師指定の場合記入)			先生)	
紹介内容:				
検査のみ希望	月	日	検査部位	クレアチニン値または eGFR値
希望検査に○を記載。★印は同意書が必要です(こちらからFaxいたします)。造影検査はクレアチニン値等を記載。				
★ 造影CT・冠動脈CT・造影MRI			★ 筋電図検査	
CT・MRI・MRA・MRCP・核医学検査( )・デンタルCT				
妊娠(有・無)・感染症情報(無・有「 」)・体内金属(無・有「 」)・刺青(無・有)				
貴医療機関名			住所	
紹介医師氏名			Tel Fax	
患者の状況	外来通院中・入院中(退院予定日: 月 日頃)			独歩・車椅子・ストレッチャー
(旧姓: )				
フリガナ	男	生年月日		
患者氏名	様	女	M・T・S・H	年 月 日 ( 歳)
住所			電話	
東海大学医学部付属病院の診察券番号 有( )・無・不明				
外国人の場合の通訳 要・不要 (要の場合は通訳料は患者負担)				

病名 (主訴)	
既往歴	
病状経過および治療経過	
処方内容	
感染症情報	TPHA ( ) B型肝炎 ( ) C型肝炎 ( ) その他 ( )
添付資料	① XP (有・無) ② CT (有・無) ③ 心電図 (有・無) ④ 検査データ (有・無) ⑤ 他 ( )