

紹介状（診療情報提供書）

西暦 年 月 日

社会医療法人社団 東京巨樹の会 東京品川病院

患者支援センター
TEL：03-3764-7481
FAX：03-3764-7482

緩和ケア

科

先生

医療機関名	<p style="text-align: center;">※名刺を貼付いただいても結構です</p>	
所在地		
電話番号		
医師名		印
		東京品川病院にかかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
		ID No. _____

患者	氏名		職業	
	生年月日	西暦 年 月 日生（ 歳）		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女

紹介目的	<input type="checkbox"/> 症状緩和外来への紹介 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院相談外来への紹介
------	---

傷病名 (主訴又は病名)	
既往歴及び 家族歴	【嗜好】 【薬物アレルギー】
病状経過及び 検査結果 治療経過	
現在の処方	
備考 (患者に関する 留意事項等)	合併症に関する特記事項、精神症状、感染症、難聴、視力障害など

備考： 記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。