

紹介状・診療情報提供書

記載日 年 月 日

紹介先医療機関 杏林大学医学部附属杉並病院 科 先生	紹介元医療機関 医療機関名 所在地 〒 電話番号 FAX 番号 診療科 医師名 印
---	--

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 女	☐ 西暦 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日(歳)

紹介目的	
傷病名	
既往歴及び 家族歴	〔薬物アレルギー: ☐ 有() ☐ 無〕
症状・治療経過 及び検査経過	
現在の処方	
備考	

添付資料: ☐採血データ ☐CD-R ☐内視鏡レポート ☐プレパレート ☐検査レポート ☐その他

(紹介元機関様 ご案内用)

ご紹介方法等について

・ご紹介時は、患者さんに診療情報提供書をお渡しいただき、診療受付時間の8時30分～12時00分まで(土曜日は11時まで・緊急診察時は指定時間)に保険証、お持ちの方は当院診察券を持参して、正面玄関左側にありますA受付(初診受付)へお越しいただくようにお伝え下さい。

受付時間・窓口について

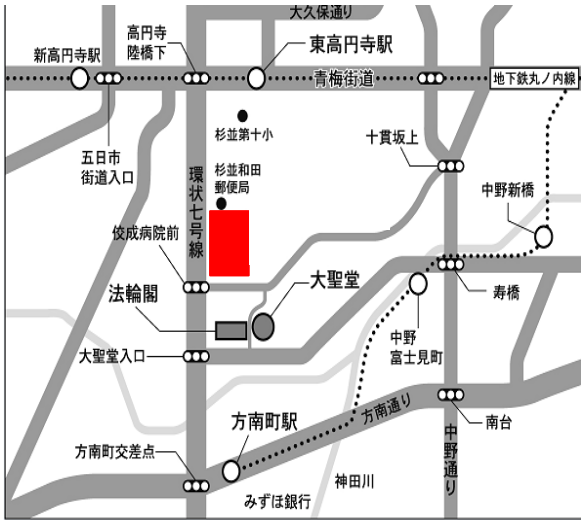
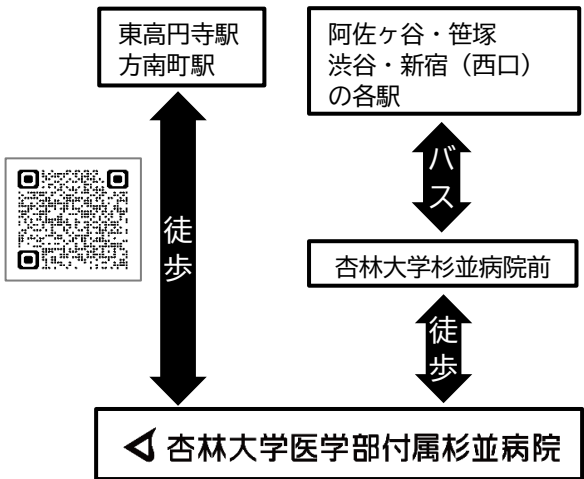
診療受付時間 ※受付開始8時15分より(正面入口開場8時)								受付電話番号
	月	火	水	木	金	土	日	
通常	(月～金) 8時30分 ～ 12時00分 (土) 8時30分 ～ 11時00分 診療情報提供書を持参していただければ受診可能(予約制外来は除く) ※一部予約制診療科あり、HP又は外来担当表にてご確認ください。							03-5340-5104 地域医療連携係
夜間	17時 ～ 翌日9時 (土曜日13時～) ※地下1階救急外来にて、緊急診察のみ、輪番制にて対応しております。							03-3383-1281(代表) 事前電話連絡必須
休日	24時間(通常・夜間時間帯以外) ※地下1階救急外来にて、緊急診察のみ、輪番制にて対応しております。							03-3383-1281(代表) 事前電話連絡必須
小児科	24時間【9:00～17:00(土は13:00)は地域医療連携係】							左記以外の時間 03-3383-1281(代表) 事前電話連絡必須

各種予約窓口

	月	火	水	木	金	土	日・祝	受付電話番号
診察予約	9時00分～16時30分 ※患者さんより直接取得・変更可能(紹介状お持ちの場合)							03-6382-4466 (土曜日・休日を除く)
放射線科検査のご予約	9時 ～ 16時30分 (土曜日12時00分まで) ※CT・MRI・XP・骨密度はFAXで御依頼ください(専用用紙あり) ※エコー・RI・マンモグラフィはお電話で御依頼ください。							お問い合わせ 03-5340-5104 (休日を除く) FAX 03-6382-4460

上記時間以外、緊急診察等は地域医療連携係にご連絡下さい。

TEL 03-5340-5104 ・ FAX 03-6382-4460



地下1階に90台収容の有料駐車場あり

杏林大学医学部附属杉並病院

〒166-0012 東京都杉並区和田2-25-1

病院 代表

TEL 03-3383-1281

FAX 03-3382-8972