

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・MRI・MRA・エコー 生理・他（ ）		医師氏名	
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (才)	男・女
患者氏名				
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 医 ・ 検 査 手 術 ・ リハビリテーション その他 () 逆紹介希望 (有 ・ 無)			
既 住 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) (X-P・ECG・内視鏡プリント・検査データ・その他)			



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055(直通)

FAX.03-5902-1056(直通)



モバイルサイト

診療情報提供書

診察・検査申込書

明理会中央総合病院
地域医療連携支援室宛

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・MRI・MRA・エコー 生理・他（ ）		医師氏名	
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (才)	男・女
患者氏名				
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 医 ・ 検 査 手 術 ・ リハビリテーション その他 () 逆紹介希望 (有 ・ 無)			
既 住 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) (X-P・ECG・内視鏡プリント・検査データ・その他)			



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055(直通)

FAX.03-5902-1056(直通)



モバイルサイト

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・MRI・MRA・エコー 生理・他（ ）	医師氏名		
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (才)	男・女
患者氏名				
保険者番号		被保険者との続柄	本人 ・ 家族	
記号・番号				



- g u i d e
- ◎電車ご利用の場合
- ・JR京浜東北線「東十条」駅北口より 徒歩2分
 - ・東京メトロ南北線「王子神谷」駅より 徒歩約8分
 - ・JR埼京線「十条」駅より 徒歩約10分
- 〈東十条駅までの所要時間〉
東京駅より約20分 新宿駅より約25分
- ◎バスご利用の場合
- ・国際興業バス〔赤25・赤25-2・赤25-3・赤26・赤27・赤31・赤95系統〕
- 「東十条4丁目」停留所下車 徒歩約3分
JR「赤羽」駅東口より 約5分
東武伊勢崎線「西新井」駅より 約20分



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055(直通)

FAX.03-5902-1056(直通)



モバイルサイト