

診療情報提供書

①紹介医療機関控
②江戸川病院カルテ控

年 月 日

紹介先医療機関名
江戸川病院
メディカルプラザ江戸川
科
先生

ご紹介医療機関名
ご住所 〒
TEL
FAX
医師氏名 印

当院受診歴（有・無）

受診者氏名	フリガナ	男・女	生年月日	職業
			明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
現住所	〒 都道府県 区市郡			
電話番号				
予約日	年 月 日 AM/PM 時 分			

傷病名	
紹介目的	
既往歴及び 検査結果	薬剤アレルギー (有・無)
治療経過	
現在の処方	
備考	
添付書類	(有・無) ☐ 画像診断フィルム ☐ 心電図記録 ☐ 検査結果 ☐ その他

ご 案 内 (診 療 申 込 書)

年 月 日

紹介先医療機関名

江戸川病院
メディカルプラザ江戸川

ご紹介医療機関名

ご住所〒

科

先生

TEL

FAX

当院受診歴 (有 ・ 無)

医師氏名

印

受診者氏名	フリガナ	男 ・ 女	生 年 月 日	職 業
			明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
現住所	〒 ー			
	都 道 区		府 県 市 郡	
電話番号				

◇受診時間 平 日／午前 8:20～11:30
／午後 12:00～16:00
土曜日／午前 8:20～11:00

※メディカルプラザ江戸川の開扉は 8:20 となっております。

◇診察時間 平 日／午前 9:00～12:00
／午後 13:00～17:00
土曜日／午前 9:00～12:00

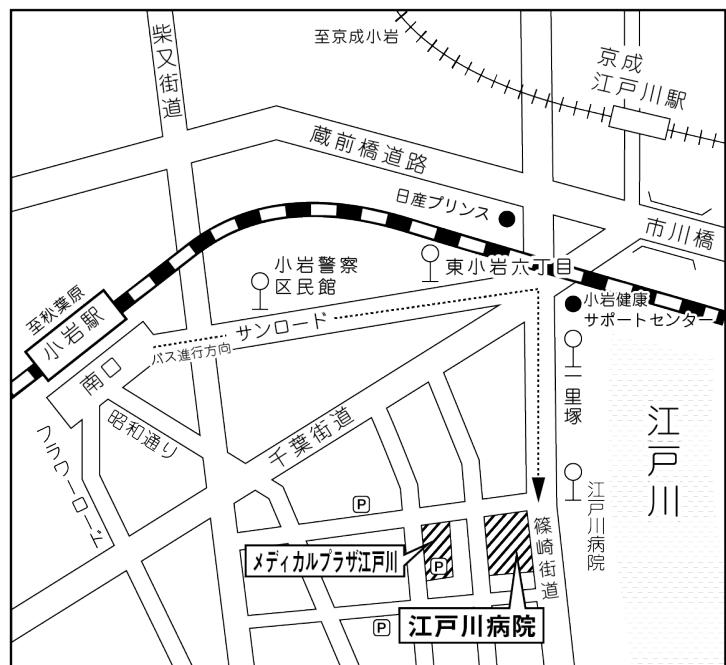
◇休 診 日 土曜日午後、日曜日、祝祭日
年末年始 (12/29～1/4)
※但し、12/29、1/4 は土曜日
体制にて診療を行います。

◇お持ちいただくもの

- ①紹介状 (診療情報提供書)
- ②診療申込書 (本用紙)
- ③保険証 (保険適用の場合)
- ※交通事故、労災等の場合はお問合せ下さい。
- ④公費医療証 (但し、他県にお住まいの方につきましてはお取り扱いできない場合もあります。)
- ⑤レントゲンフィルム、検査結果等 (必要な場合のみ)
- ⑥診察券 (当院の診察券をお持ちの場合)

◇お問い合わせ 江戸川病院 地域連携室
0120-518-120 (フリーダイヤル・直通)
03-3673-1221 (代表)
03-3673-1025 (放射線科・直通)
メディカルプラザ江戸川
03-3673-1566 (代表)

《交通案内》



- 京成バス：J R小岩駅南口より 2 番乗場から
72 番系統バスにて約 8 分
(江戸川病院) 江戸川病院下車すぐ
(メディカルプラザ江戸川) 江戸川病院下車約 300m直進
- タクシー：J R小岩駅南口より約 4 分
- 徒歩：J R小岩駅南口より徒歩約 16 分
京成江戸川駅より徒歩約 14 分