

(紹介元医療機関の様式でも可)

松下記念病院 FAX(06)6992-6697 (医療連携専用)

診療情報提供書(FAX紹介予約申込書)

年 月 日

科 先生

医療機関名

医師氏名

⑩

住 所

電話番号

FAX番号

WEB予約済

患者	フリガナ	生年	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日
	氏 名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	月日	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 (歳)
	今までに松下記念病院を受診したことが		<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません

① 傷病名	
② 紹介目的	
③ 既往歴 家族歴	
④ 症状経過 検査結果 治療経過 等	
⑤ 処 方	
添付資料	<input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム

受診希望日	年 月 日 ()	希望
患者様が待機されている等 FAX 受信後、直ちに連絡の必要がありますか?		<input type="checkbox"/> 有

備考 1. 必要がある場合は、別紙に記載して添付して下さい。

2. 予約申し込みの FAX 送信は来院希望日前日までの、平日8:30~17:00にお願いいたします。

松下記念病院 患者支援連携センター

〒570-8540 守口市外島町5番55号 直通 TEL (06)6992-5373