|  |
| --- |
| **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）** |

（紹介元医療機関の様式でも可）

　年　　　　月　　　　日

**科**　　　　　　　　　　　　　　　　**先生**

㊞

医療機関名

医師氏名

住所

WEB予約済　□

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者 | フリガナ | 生年月日 | 　□大　　□昭　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　□男　□女 | 　□平　　□令　　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 今までに松下記念病院を受診したことが　　　　　　　　　　　　　　　　□ あります　　　　□ 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 | * 検査結果　　　　　　　　　　□その他
* 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？　　　　　□　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**