

診療情報提供書(FAX紹介予約申込書)

松下記念病院 発熱外来

年 月 日

先生

医療機関名
医師氏名
住 所
電話番号
FAX番号

⑩

患 者	フリガナ	生年 月日	□大 □昭	年 月 日
	氏 名		様 □男 □女	□平 □令
	電話番号 ()	—		

松下記念病院より直接ご紹介患者さまへお電話し、受診時の受付窓口等をご説明します。
診察ご希望の際には既往歴、症状経過なども記載してください。

① 既往歴 ② 家族歴 ③ 症状経過 検査結果 治療経過 等 ④ 処方	
添付資料	□ 検査結果 □ その他 () □ 画像診断フィルム

【備考】 ご依頼は平日の下記時間で対応しております。

	対応時間	受付締切
発熱外来	09:00 ~ 16:00	当日 15:00 迄

※上記時間外でのご依頼は、原則、翌開院日の予約となります

※急を要する場合は、救急外来で対応いたしますので、事前にお電話でご相談ください