



診療情報提供書

平成 年 月 日

- ・多根総合病院
- ・多根第二病院
- ・多根記念眼科病院
- ・多根脳神経リハビリテーション病院

科 医師宛

下記の患者様につきまして、紹介いたします。

ご紹介元

病院受診予約（済・未） 月 日（午前・午後 時 分頃）

| | |
|-------------------------------|-----------------------|
| ふりがな | (男 ・ 女) |
| 患者様氏名 | 殿 M・T・S・H 年 月 日生(満 歳) |
| 患者様住所(〒) | 電話 () |
| 傷病名 | |
| 紹介目的・病状・結果・処方・検査指示 等 検査依頼 () | |
| | |
| | |
| | |
| | |

(本情報提供書と保険証のコピーを前もってFAXでご送信下されば、カルテ等の準備をして患者様のご来院をお待ちしています)

地域情報連絡室FAX 06-6585-2330