



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

ご紹介元

下記の患者様につきまして、紹介いたします。

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