

送信日： 年 月 日

診療情報提供書 <患者紹介状>

紹介先医療機関：医療法人財団 神尾記念病院 初診担当医

医療機関名	医師名
	TEL
所在地	FAX

フリガナ		男・女
氏名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
住所	TEL ()	—

【傷病名】	薬剤アレルギー 有/無
【紹介目的】	
【症状、治療経過 および検査結果】	
【現在の処方】	

※ご来院日がお決まりでしたら、以下にご記入ください。

ご来院日： 年 月 日 ()

※この用紙を患者さんにお渡し頂き、受診当日に受付でご提示くださるよう、お伝えください。

尚、この手続きは、診察予約ではありません。診察予約は、患者さんご自身が当院ホームページからお取り頂く必要がございます。

FAX 送信先： 03-3253-3373

医療法人財団 神尾記念病院 医事課