**【聖隷淡路病院 患者紹介用紙】〈診療情報提供書〉**

**申込日　　　年　　月　　日**

**受診医希望**[ ]  **希望なし**[ ] **希望あり　　　　　　　科　　　　　　　医師**

**診察希望日　第1希望　　　月　　日　　第２希望　　　月　　日**[ ]  **いつでも可**

**フリガナ**

**患者氏名**[ ] **男性**[ ] **女性**

**生年月日：**[ ] **H** [ ] **S** [ ] **T 　　　年　　　月　 　日**

**住所：**

**電話：　　　　　－　　　　－**

**様**

**聖隷淡路病院受診歴　☐有・**[ ] **無・☐不明**

**【紹介理由】**[ ]  **入院希望**

**【主な既往症】**

**【経過など】**

**【投薬内容】**（お薬手帳などを持参いただける場合は省略可）

**【備考】**

**紹介元；**[ ] **医院・**[ ] **病院　医師氏名**

**（TEL　　　　-　　　-　　　　　　FAX　　　　-　　　-　　　　　）**

**聖隷淡路病院　FAX　０１２０-９４７-４８９**