

FAX 番号 : 045-949-7137

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

(ゴム印可)

昭和医科大学横浜市北部病院

医療機関名称

・ 科 先生

所在地

予約希望 要・不要

希望日時 (要の場合)

医師名

(第1希望) 月 日 時頃

TEL — —

希望日時 (要の場合)

FAX — —

(第2希望) 月 日 時頃

フリガナ

患者氏名 男・女 M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)

患者住所 TEL : — —

当院への受診歴 (有 ・ 無 ・ 不詳) ※紹介状は本人が持参いたします。

上記の方についてよろしくお願いします。

患者紹介状〔ファクシミリ用〕

☐ この用紙は患者さん情報を事前に紹介先医療機関に FAX で送信するためのものです。

☐ 予約のご希望日時につきましては、予約状況によりご希望に添い兼ねる場合がございますので、予めご了承下さい。

☐ 患者さんの病名・検査所見などは診療情報提供書にご記入下さい。

☐ 救急患者及び当日の受診依頼の場合には、受け入れ態勢の都合上、この用紙を使わず、直接電話 (045-949-7151) により当院の担当医に患者さんの症状を伝えた上で受診させるようにして下さい。

※眼科、産科につきましては、事前に予約をお取りすることが出来ませんので、直接ご来院をお願い致します。