

脳卒中発症防止外来 診療申込書（診療情報提供書）

申込日 平成 年 月 日



社会医療法人榮昌会

吉田病院

〒652-0803 神戸市兵庫区大開通9丁目2番6号

TEL 078-576-2773

FAX 078-577-2792

ご紹介元医療機関

名称

電話番号

医師氏名

患者	フリガナ		当院受診歴	有	無
	お名前	男・女	生年月日	明大 昭平	年 月 日（歳）
	住所	〒 TEL 自宅（ ）	連絡先（ ）		
危険因子： <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 家族歴（ ） <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒					
現在の処方内容および検査値等（コピーを添付して下さい）					
備考 ※ペースメーカーの装着 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					
受診希望日	月 日（ ）	午前診	・	午後診	

ご記入に際してのお願い

- ① 必要事項をご記入の上 FAX して下さい。
- ② 本書・検査データ・処方内容を当日ご持参下さい。

社会医療法人榮昌会 吉田病院

〒652-0803 神戸市兵庫区大開通9丁目2番6号

地域医療連携室

直通FAX番号 078-576-1503

直通電話番号 078-576-1520

（平日）9:00～17:00

（土曜日）9:00～12:00（祝祭日は除く）