

診療依頼書(診療情報提供書)

申込日 西暦 年 月 日



社会医療法人 榮昌会

吉田病院 附属脳血管研究所

〒652-0803 神戸市兵庫区大開通9丁目2番6号

TEL 078-576-1520 (連携室直通)

FAX 078-576-1503 (連携室直通)

ご紹介元医療機関

名称

住所

電話番号

医師氏名

患者	フリガナ		当院受診歴	1 有	2 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 ()	-	
診断名		主訴			
臨床経過及び検査結果、既往歴 等					
現在の処方					
備考					
受診希望日	1. いつでも可 2. なるべく早急に 3. ご希望曜日 (曜日) 4. 第1希望日 (月 日) 第2希望日 (月 日) 第3希望日 (月 日)				

ご記入に際してのお願い

- 必要事項をご記入の上 FAX して下さい。折り返し直ぐに受診日を FAX で返信いたします。
- 事前にご紹介患者様のカルテを作成いたしますので、できましたら下記に保険証の記号番号等をご記入下さい。

保険区分		本人・家族	負担割合	割
保険者番号		公費番号		
記号・番号		受給者番号		

医療法人 榮昌会 吉田病院 附属脳血管研究所

〒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

受付時間(平日) 9:00~16:30 (土曜日) 9:00~13:00 (祝祭日は除く)

※急患の場合は、救急受付 (078-576-2773) へお電話でご依頼下さい。