

診療依頼書 兼 診療情報提供書 (FAX送付用)

(紹介先)

年 月 日

箕面市粟生間谷西6丁目14番1号

医療法人ガラシア会
ガラシア病院

地域医療連携室

tel/fax(直通) **072-729-5599**

(紹介元)

住 所

医療機関名

t e l

f a x

医 師 氏 名

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日		
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
患者住所	〒 tel				
傷病名					
紹介目的					
<u>症状、治療経過および検査結果</u>					
<u>現在の処方</u>					

※患者様には、来院日に保険証と診療依頼書兼診療情報提供書を外来受付までお持ち頂きますようお願いください。