|  |  |
| --- | --- |
| 出田眼科病院宛　　診療情報提供書 兼 紹介状 | |
| 月～金 | FAX：096-273-6204　 　TEL：096-273-6203（地域連携医療相談室） |
| 土日祝 | FAX：096-311-5512　　TEL：096-325-5222（代表）※音声案内後通話可能です。 |

令和　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ご施設名 |  |
| お名前 |  |
| ご連絡先 |  |

ご紹介患者様

|  |  |
| --- | --- |
| お名前・性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　日生　（　　　　歳） |
| 出田眼科受診歴 | なし　　　・　　　あり |
| 病名（主訴） |  |
| 紹介目的  治療経過  処方など |  |